OPIEKUN SPOŁECZNY



NUMER SPECJALNY POŚWIĘCONY SPRAWOM WALKI Z GRUŹLICĄ

WYDAWCA:

KOMITET ORGANIZACYJNY „DNI PRZECIWGRUŹLICZYCH“ — RESORT ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ Zarządu Miejskiego m. st. Warszawy.

ROK II (VI) WRZESIEŃ — PAŹDZIERNIK 1947 r. Nr. 9 — 10

Cena egzemplarza zł. 30.—

TREŚĆ:

KOMITET ORGANIZACYJNY „DNI PRZECIWGRUŹLICZYCH"
i KOMITET REDAKCYJNY „OPIEKUNA SPOŁECZNEGO".

Dr JAN RUTKIEWICZ, JAN STARCZEWSKI, DR HENRYK MINC, DR MIKOŁAJ ŁĄCKI, STEFAN ŁOPATTO, DR ANNA DWORAKOWSKA, MIECZYSŁAW WENTLANDT, HELENA PŁOTNICKA, IRENA SENDLEROWA, HANNA GRODECKA, DR Z. GÓRECKI, DR ST. STYPUŁKOWSKI, DR M. DWORZACZEK, DR M. ROSZKOWSKI.

REDAKTOR: HANNA SZYMAŃSKA.

Adres redakcji i administracji :

WARSZAWA, — BAGATELA 10, VI piętro

Prenumerata roczna 200 zł. Cena egzemplarza 30 zł.

KOMITET HONOROWY
DNI PRZECIWGRUŹLICZYCH W WARSZAWIE
19 — 25 — X 1947 r.

pod protektoratem

Ministra Zdrowia **Dr Tadeusza Michejdy**

Ministra Pracy i Opieki Społecznej **Ob. Kazimierza Rusinka.**

Wiceprezydenta m. st. Warszawy **Ob. Edwarda Strzeleckiego.**

pod przewodnictwem

Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej **Dr Jana Rutkiewicza**

stanowią członkowie:

Prof. Dr Dobrzański Antoni — Dziekan Wydziału Lekarskiego U. J. K.

Prof. Dr Kacprzak Marcin — Prezes Państwowej Rady Zdrowia i Prezes Komitetu Sanatorium w Rudce,

Ob. Lewandowski Alfred — Prezes Polskiego Czerwonego Krzyża Okręg Warszawski,

Dr Misiewicz Janina — Przewodnicząca Tow. Badań Naukowych nad Gruźlicą,

Ob. Płotnicka Helena — Przewodnicząca Komisji Zdrowia Warszawskiej Rady Narodowej,

Ob. Potocki Józef — Dyrektor Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie,

Dr Rostkowski Ludwik — Prezes Warszawskiej Izby Lekarskiej,

Dr Rudziński Henryk — Naczelny Nadzwyczajny Komisarz Walki z Epidemiami,

Komitet Organizacyjny DNI PRZECIWGRUŹLICZYCH

pod przewodnictwem **Dr Stanisława Stypułkowskiego**

stanowią:

Dr Bacia Kazimierz, Dr Balicka Maria, Dr Bartenbach Bolesław, Dr Dobrowolski Lucjan, Dr Dworakowska Hanna, Dr Dworzaczek Maria, Dr Gackowski Józef, Dr Górecki Zbigniew, Ob. Grodecka Hanna, Ob. Horawska Maria, Ob. Janusz Antoni, Dr Kafliński Wacław, Dr Kalinowski Romuald, Inż. Kraus Janusz, Dr Kruszewska Wanda, Dr Lejmbach Zofja, Dr Łącki Mikołaj, Dr Majkowski Juliusz, Dr Mianowski Eugeniusz, Dr Minc Henryk, Dr Mirowski Bolesław, Dr Mitkiewicz Karol, Dr Oracz St., Dr Pacho Edward, Dr Pankiewicz Edward, Dr Pąkciński Feliks, Dr Przywieczerski Witold, Dr Roszkowski Marian, Nacz. Sendlerowa Irena, Dr Stankiewicz Remigiusz, Dyr. Starczewski Jan, Dr Stopczyk Jan, Dr Skokowska Rudolfowa Maria, Red. Szymańska Hanna, Prof. Dr Telatycki Michał, Dr Wartanowicz Emil, Ob. Wentland Mieczysław, Dr Zamecki Stanisław.

OPIEKUN SPOŁECZNY

NR 9–10 WRZESIEŃ – PAŹDZIERNIK ROK II (VI)

NUMER POŚWIĘCONY

WALCE z GRUŹLICĄ

* * *

Zagadnienie gruźlicy, wyrywającej na tle warunków okupacji, warunków wojennych i powojennych rokrocznie dziesiątki tysięcy wartościowych jednostek w sile wieku ze społeczeństwa, skazującej setki tysięcy na długoletnie chorowanie i wegetowanie na marginesie życia, a jakże często na powolne dogorywanie, narasta w tej chwili do problemu palącego o znaczeniu ogólnonarodowym i państwowym. To nie tylko problem zdrowia jednostki i zdrowotności ogólnej, ale problem populacji, problem gospodarczy, którego rozwiązanie ściśle jest złączone z rozrostem ilościowym i jakościowym narodu, z wydajnością pracy i zdolnością produkcyjną społeczeństwa.

Obniżenie umieralności na gruźlicę, zahamowanie zapadalności na gruźlicę, włączenie do twórczych procesów produkcyjnych dziesiątków tysięcy pracowników — to sprawy wpływające w dużej mierze na realizowanie Narodowego Planu Gospodarczego.

Toteż walka z gruźlicą jako konieczność państwowa podjęta być musi w skali państwowej.

Do skoordynowania, scalenia i zespolenia planowej pracy wszystkich do walki powołanych czynników w zakresie organizacyjnym, fachowym i wychowawczym, do skierowania konsekwentnej akcji w jednolity nurt i w jeden tor — powołane jest państwo w oparciu o ustawę o „Walce z gruźlicą", która równocześnie winna stworzyć podstawy finansowe do skutecznej walki.

Dr med. T. Michejda
Minister Zdrowia

Drukarnia N.K.W. S.L., Warszawa, Skolimowska 5 B-39696

Dr. JAN RUTKIEWICZ
Przewodniczący Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego i Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej.

Organizacja walki z gruźlicą w Warszawie

(Rola organizacyj społecznych).

Z międzynarodowych obliczeń statystycznych wynika, iż wśród 31 państw europejskich Polska zajmuje drugie miejsce pod względem ilości zgonów na gruźlicę! (Dane statystyczne notowane w biuletynie urzędowym Unji Przeciwgruźliczej, ogłoszone w „Extracts from Public Health Raports", sierpień 1946 r.).

Analiza cyfr statystycznych uprawnia do twierdzenia, że sprawa gruźlicy w stolicy nabrała tej samej ostrości, jaką do niedawna posiadały choroby epidemiczne. Dane, którymi rozporządza Warszawski Resort Zdrowia mimo, że jeszcze niedostateczne, sygnalizują groźne niebezpieczeństwo.

Walka z gruźlicą wysuwa się na czoło zagadnień zdrowotnych w Warszawie.

Trudne warunki bytowania w naszym mieście, wyniszczenie ludności wojną, okupacją niemiecką, powstaniem i tułaczką popowstaniową, stwarzają dogodne warunki dla powstawania gruźlicy.

Wielkie zagęszczenie mieszkaniowe w stolicy bardzo sprzyja szerzeniu się tej choroby.

Zrozumienie konieczności walki z gruźlicą jest powszechne i nie zachodzi potrzeba przekonywania o tym kogokolwiek. Gorzej przedstawia się sprawa zorientowania opinii publicznej w rozmiarach groźnego niebezpieczeństwa i wynikającej stąd nieubłaganej konieczności pośpiechu.

Na liście najpilniejszych zagadnień społeczno-zdrowotnych, leczenie gruźlicy i zapobieganie jej ,zajmują dziś bezsprzecznie pierwsze miejsce.

Planowa akcja przeciwgruźlicza w Warszawie trafia na trudności w postaci braku ewidencji chorych na gruźlicę.

W momencie wkroczenia do spalonej Stolicy zastaliśmy zniszczone wszystkie kartoteki przychodni przeciwgruźliczych. Dorobek wielu lat żmudnej pracy lekarzy-specjalistów i pielęgniarek został obrócony w niwecz. Następstwem tego była niemożność planowej izolacji chorych i kontrola ich najbliższego otoczenia. Całą pracę wykrywawania i rejestrowania chorych musieliśmy zacząć od początku.

Mamy więc wielkie zaległości do odrobienia. 2½ lat pracy w tym kierunku dostarczyło już nieco danych. Dokładnego jednak obrazu sytuacji, ścisłych rozmiarów niebezpieczeństwa jeszcze nie mamy. To co wiemy już jednak, na podstawie podsumowania wyników akcji pirquetyzacji dzieci oraz prześwietleń dorosłych rentgenowskimi aparatami do zdjęć małoobrazkowych daje statystykę alarmującą.

Na ogólną liczbę 51.805 dzieci poddanych próbie Pirquet'a w roku 1946 — odczynów dodatnich wypadło 27.961, czyli 55,8%.

Na ogólną liczbę dzieci badanych 20.384 w roku 1947 dodatnich odczynów Pirquet'a było 7.627 czyli 37,5%, ujemnych 12.116 (60%), nieodczytanych 641 (2.5%).

Masowe zdjęcia rentgenowskie małoobrazkowe płuc, dokonane w poradni polsko-szwedzkiej w Warszawie, wśród pracowników fabrycznych i miejskich w liczbie 74.885 — wykazały 3.161 przypadków czynnej gruźlicy oraz podejrzanych, wymagających dalszej stałej kontroli lekarskiej. Badaniu zostały poddane dotychczas pewne tylko grupy ludności „na wyrywki". Zanim jednak przebadana zostanie cała ludność pracująca miasta, mamy prawo wysnuwać wnioski przybliżone, odnośnie całej ludności z cyfr dotychczasowych i do cyfr tych będziemy musieli dostosować liczbę łóżek sanatoryjnych i szpitalnych, oraz liczbę poradni przeciwgruźliczych.

Gruźlica wskutek wojny i okupacji niemieckiej zbierała obfite żniwo śmierci. Umieralność na gruźlicę w Warszawie wynosiła:

Statystyka zgonów na gruźlicę

w latach 1945 — 1947 — na 100.000 mieszkańców.

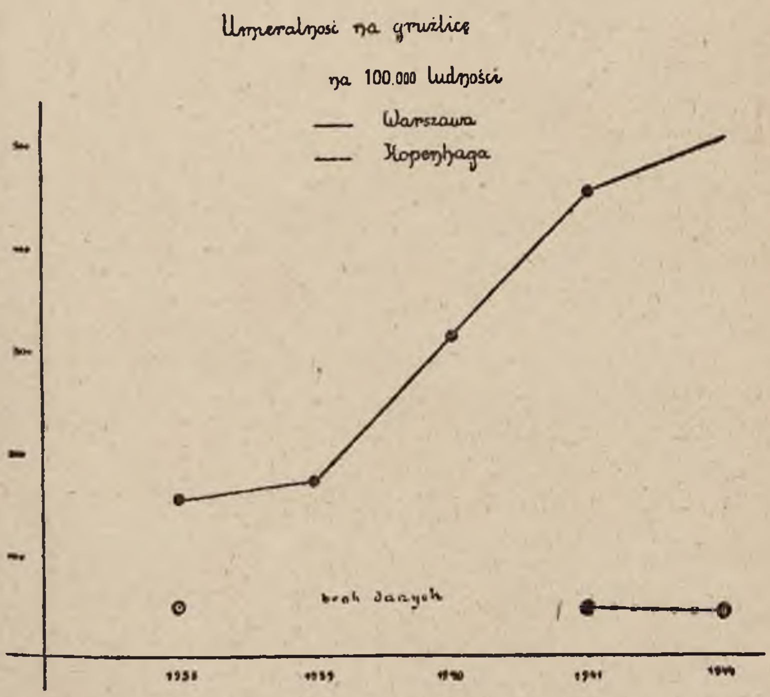
	przy 333.000 ludn. w roku 1945	przy 479.000 ludn. w roku 1946	przy 550.000 ludn. I-sze półr. 1947
Zmarło:	348	170	105
dorosłych	311	142	83
dzieci	37	28	22

Umieralność na gruźlicę — na każde 100.000 mieszkańców.

Rok:	1938	1939	1940	1941	1944
Warszawa	155	172	324	452	500
Kopenhaga	51	—	—	44	40

Cyfry porównawcze ilości zgonów gruźliczych w roku 1938 na każde 100.000 mieszkańców.

Dania	40	zgonów	z gruźlicy
Holandia	45	„	„
U.S.A.	50	„	„
Anglia	65	„	„
Belgia	71	„	„
Francja	100	„	„
Polska	150	„	„



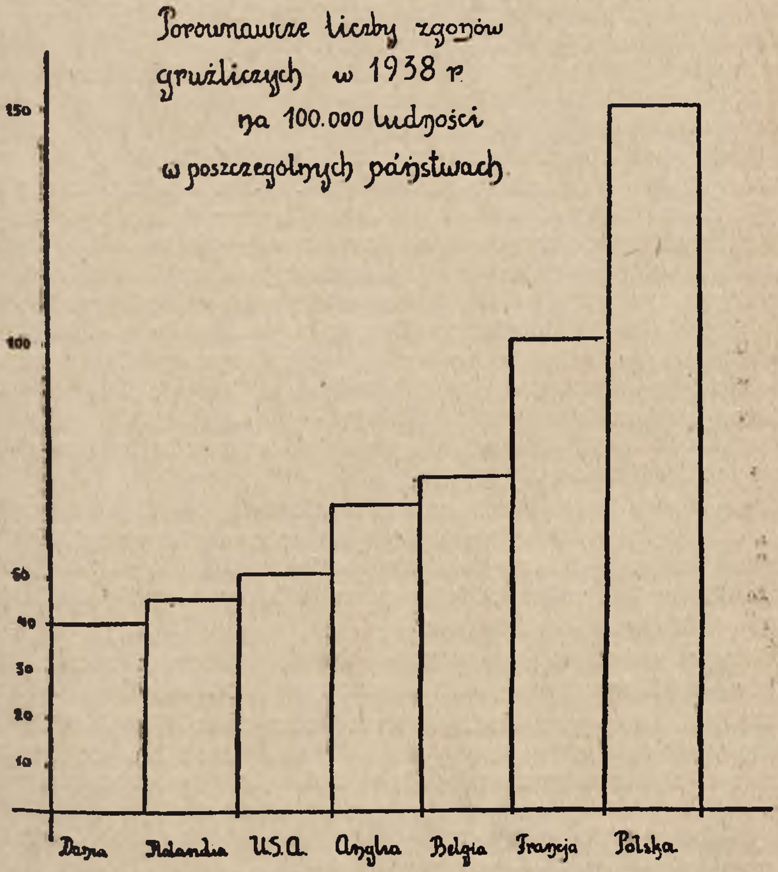
Sprawozdanie Poradni Przeciwgruźliczych Ośrodków Zdrowia m. st. Warszawy.

	r. 1945			r. 1946			I-sze półrocze 1947 r.		
	dorośli	dzieci	Razem	dorośli	dzieci	Razem	dorośli	dzieci	Razem
Ogółem									
Chorych pod opieką poradni	3.501	3.108	6.609	4.607	3.736	8.343	7.401	4.878	12.279
w tym chorych prątkujących	871	12	883 (7,5%)	1.408	12	1.420 (5,8%)	1.918	32	1.950 (6,2%)
Udzielono porad	13.336	3.998	27.334	22.346	19.333	41.679	17.761	9.595	27.356
Odwiedzin pielęgniarskich	—	—	1.269	--	—	2.879	—	—	2.768
Badania pomocnicze									
dokonano O. B.	—	—	2.066	—	—	4.720	—	—	5.115
„ prześwietleń	8.098	2.148	5.246	10.620	8.759	19.379	1.761	6.721	8.482
„ badań plwociny	—	—	1.869	—	—	2.838	—	—	2.262
Dokonane zabiegi									
Odmy	1.670	—	1.670	—	—	4.563	—	—	6.588
Zastrzyki	—	—	5.566	—	—	8.204	—	—	6.025
Inne	—	—	136	—	—	105	—	—	657
Skierowano do:									
Sanatorium	408	261	669	582	514	1.096	331	918	1.249
Prewentorium	—	—	433	—	—	1.182	—	—	621
Szpitali	—	—	273	—	—	372	—	—	246
Innych zakładów	—	—	—	—	—	543	—	—	104
Z kolonij leczniczych letnich korzystało dzieci	—	—	—	—	—	—	—	—	362

Ilość zdjęć małoobrazkowych dokonanych aparatem stałym i ruchomym.

od dnia 19.III.46 do 31.VIII.47 wykonano zdjęć	74.885
w tym gruźlicy czynnej prątkującej	858 — 1,1%
" " zagrożonych wymagających obserwacji w Poradniach Przeciwgruźliczych	2.303 — 3%

Z danych statystycznych przedwojennych (do roku 1938) wynika, iż Polska pod względem umieralności na gruźlicę zajęła w długim szeregu państw europejskich drugie miejsce. Tylko Jugosławia wy-



przedzała nas w tym smutnym wyścigu. Z pośród większych miast Polski, Warszawa zajmuje pod względem ilości zgonów na gruźlicę, jedno z pierwszych miejsc.

Groźne cyfry, świadczące o wielkich rozmiarach niebezpieczeństwa gruźlicy, zmuszają czynniki państwowe i samorządowe do wzmożenia akcji w tym kierunku.

Jakaż rola przypada organizacjom społecznym w tej walce?

Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze wespół z Ligą Szkolną Przeciwgruźliczą wzięło za cel swej działalności dopomaganie czynnikom państwowym i samorządowym w organizowaniu akcji przeciwgruźliczej na terenie Stolicy.

Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze obchodzić będzie w roku przyszłym 40-lecie swej owocnej działalności. Gdy przed blisko 40 laty Dr. Alfred Sokołowski rzucił myśl stworzenia takiego Towarzystwa, walka z gruźlicą liczyć mogła jedynie na poparcie niezorganizowanych grup społecznych. Dziś państwo nasze rozporządza centralnym aparatem, którego zadaniem jest kierowanie całą Służbą Zdrowia. Dziś walka z gruźlicą nie może i nie powinna być prowadzona metodą partyzancką.

Wiele spraw w Państwie pozostawiono inicjatywie prywatnej oraz inicjatywie organizacyj społecznych. Jak wobec tego mamy podejść do zagadnienia walki z gruźlicą? Sprawa ta, analogicznie do akcji zapobiegania chorobom epidemicznym — durowi plamistemu, brzusznemu i czerwonce — podobnie do organizacyj i walki z chorobami wenerycznymi, winna być rozwiązywana w skali państwowej w sposób jednolity. **Klęska gruźlicy, która nawiedziła nasz kraj wyniszczony 6-cioma latami wojny i okupacją wymaga, by akcja ratownicza spoczywała w jednych rękach.** Centralną organizacją, która powinna kierować całą akcją — winno być Ministerstwo Zdrowia oraz uzgodnione i współdziałające z nim samorządowe instytucje zdrowia publicznego.

Organizacje nasze — Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, Liga Szkolna Przeciwgruźlicza i inne, posiadające wieloletnią piękną tradycję, dorobek i doświadczenie, są jakgdyby ochotniczym oddziałem w tej walce, oddającym wszystkie swe środki do dyspozycji centralnego kierownictwa.

Naszym zadaniem jest poruszyć opinię społeczną, dotrzeć tam, gdzie oficjalnie organy państwowe mają utrudniony dostęp.

Dopóki sprawny i jednolity aparat Powszechnej Służby Zdrowia, który zbudowany ma być w najbliższych latach nie weźmie na siebie całokształtu spraw zdrowia w Polsce, dopóty nasz ochotniczy oddział uzgodniony z naczelnym dowództwem akcji przeciwgruźliczej będzie miał rację bytu.

Z chwilą, gdy Powszechna Służba Zdrowia przestanie być naszym marzeniem, a stanie się ciałem, z chwilą gdy Ministerstwo Zdrowia naprawdę zacznie kierować całokształtem spraw zdrowia w Polsce —

cały nasz dorobek materialny i ideowy włączymy do aparatury Powszechnej Służby Zdrowia.

Dziś, z okazji „Dni Przeciwgruźliczych", które są modyfikacją tradycyjnego z przed 30 laty „Białego Kwiatka" — stajemy do akcji propagandowej i zbiórki pieniężnej. Pragniemy zmobilizować opinię publiczną do walki z gruźlicą. Pragniemy naszą akcją propagandową uprzytomnić współobywatelom grozę sytuacji.

Zadanie jest trudne, albowiem społeczeństwo nasze — przeszedłszy piekło udręki wojennej i okupacyjnej, zahartowało się i uodporniło na niepowodzenia i klęski, ale jednocześnie niestety zobojętniało na niedolę ludzką. Ludzi mieszkających dobrowolnie wśród gruzów i trudności odbudowy nie tak łatwo poruszyć grozą i niebezpieczeństwem gruźlicy.

— „Niemiec nas nie złamał — i choroby nam nie dadzą rady". — oto naiwna dewiza wielu naszych współobywateli. Zadanie nasze jest trudne i tym większych wymaga wysiłków i energii. Działając z uporem i wytrwałością osiągniemy w końcu cel nasz: mobilizację całego społeczeństwa do walki z gruźlicą. Zmobilizować musimy wszystkich : Związki Zawodowe, Partie Polityczne, szkolnictwo, organizacje społeczne wszelkiego typu, zwłaszcza młodzieżowe, duchowieństwo — wszystkie te czynniki, które mogą nam oddać cenne usługi w naszej akcji.

Organizując akcję przeciwgruźliczą musimy zdać sobie sprawę dokładnie z rozmiarów niebezpieczeństwa.

Warszawa przedwojenna miała w ciągu wielu lat skrzętnie zgromadzony materiał. Kartoteki poradni przeciwgruźliczych przy Ośrodkach Zdrowia umożliwiały dokładną ewidencję chorych, zagrożonych i ich rodzin. Dziś pokusić się o dokładne dane statystyczne zagruźliczenia byłoby narazie rzeczą beznadziejną. Żadnej dokładnej statystyki gruźliczej nie posiada jeszcze Polska, a w Warszawie może o to najtrudniej.

Praca nad zebraniem dokładnych danych statystycznych trwa w Poradniach Przeciwgruźliczych. Metoda, którą pracujemy gwarantuje nam, że te dane, które będziemy mieli wkrótce w Warszawie, będą o wiele dokładniejsze, niż dane przedwojenne. **Obecnie wprowadzony system masowych zdjęć rentgenowskich małoobrazkowych pozwala wykryć najwcześniejsze postacie gruźlicy,** a praca Poradni Przeciwgruźliczych (wywiady pielęgniarskie, badania laboratoryjne) skoordynowana z pracą dwuch pracowni rentgenowskich zdjęć małoobrazkowych, pozwoli nie długo już sprecyzować dokładnie liczby chorych i zagrożonych gruźlicą. W Warszawie mamy 2 aparaty do masowych zdjęć małoobrazkowych, rentgenowskich, jeden przenośny i 1 stały przy ul. Daszyńskiego w Poradni Przeciwgruźliczej Polsko-Szwedzkiej.

Przed wojną walka z gruźlicą i dane o jej szerzeniu opierały się na pracy Poradni Przeciwgruźliczych, do których zgłaszali się chorzy, a aparat leczniczo-zapobiegawczy Poradni docierał do ich otoczenia, sam już wyławiając resztę chorych i zagrożonych z ich mieszkań. Ten pierwszy chory musiał się jednak sam zgłosić. Oczywiście nie sam w dosłownym tego słowa znaczeniu, a często kierowany przez lekarza innej specjalności. Najczęściej zgłaszał się w dość posuniętym okresie choroby. Wczesne postacie gruźlicy trafiały za pośrednictwem innych poradni Ośrodków Zdrowia, lekarzy szpitalnych oraz lekarzy Ubezpieczalni Społecznych. Dziś ta stara metoda „wyłapywania" gruźlików wspomożona jest akcją masowych zdjęć małoobrazkowych. Dziś poddajemy stopniowo całą bez wyjątku ludność pracującą miasta i młodzież uczącą się masowej kontroli rentgenowskiej. Przenośny aparat do zdjęć małoobrazkowych dociera do fabryk, większych biur i uczelni, lub całe zakłady pracy kierują swych pracowników masowo na ul. Daszyńskiego. Dziś nie czekamy, aż przyjdzie do nas chory, ale sami idziemy do wszystkich warsztatów pracy i kontrolując bez wyjątku ludzi uważających się za zupełnie zdrowych, wykrywamy wśród nich dotkniętych już chorobą lub zagrożonych. Następnie docieramy do ich otoczenia. Tą drogą zbudujemy już w niedługim czasie dokładny obraz statystyczny rozmiarów gruźlicy i umożliwimy sobie planową z nią walkę. Robota ta dopiero się naprawdę rozkręca.

Prześwietliliśmy w ten sposób 75.000 ludności Warszawy. Z liczby tej około 4% okazało się chorych lub poważnie zagrożonych gruźlicą.

Wykrytych tą metodą chorych oddajemy pod opiekę sieci Poradni Przeciwgruźliczych, które prowadzą dalsze szczegółowe badania diagnostyczne i przeprowadzają leczenie: w lżejszych przypadkach ambulatoryjne, w cięższych kierują do szpitali i sanatoriów. Dzieci zagrożone gruźlicą kierowane są do prewentoriów.

Jak wynika z przytoczonego opisu najważniejszą rolę w walce z gruźlicą spełniają Poradnie Przeciwgruźlicze, dobrze zaopatrzone w urządzenia diagnostyczne. Są one oddziałami szturmowymi w walce z gruźlicą.

Dlatego tak mocno **podkreślam** rolę Poradni, gdyż doniosłe jej znaczenie nie jest jeszcze w pełni zrozumiane przez ogół obywateli. Nikt nie kwestionuje potrzeby łóżek szpitalnych i sanatoryjnych dla zaawansowanych gruźlików, ale zrozumienie znaczenia akcji zapobiegawczej połączonej z leczniczą, nie jest jeszcze tak powszechne. **Dobrze pracująca Poradnia pozwala wykryć najwcześniejsze postacie gruźlicy, która rokuje szybkie i pewne wyleczenie.** W Warszawie mamy już czynnych 20 Poradni Miejskich i 1 Poradnię Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Wykaz Poradni Przeciwgruźliczych.

Nr. Ośr. Zdr.	Adres	Poradnie dla dorosłych	dzieci	Rentgen	Razem Poradni
I.	Belgijska 4	1	1	1	2
II.	Daszyńskiego 19	1	1	—	2
IV.	Nowogrodzka 59	1	—	—	1
VI.	Słowackiego 45	1	1	1	2
VIII.	Czerniakowska 137	1	1	1	2
IX.	Płocka 26	1	1	1	2
X.	Litewska 16	—	1 oraz poradnia kostno-stawowa	1	2
XI.	Działdowska 1	—	1 oraz poradnia kostno-stawowa	1	2
XV.	Jagiellońska 34 Brzeska 4 Warsz. Tow. Przecg.	1	1	1	2
XVI.	Grochowska 337	1	1	1	2
XVII.	Zamieniecka 43	1	—	—	1
		10	11	8	21

Daszyńskiego 19 Poradnia diagnostyczna exterytorialna, oraz aparat do zdjęć małoobrazkowych.

Liczba Poradni jest niedostateczna. **Planowa akcja przeciwgruźlicza wymaga uruchomienia w niedługim czasie 4 nowych Poradni** (3 dla dzieci i 1 dla dorosłych).

Liczba łóżek szpitalnych dla chorych na gruźlicę, którymi rozporządzamy w chwili obecnej wynosi 442. Jest to liczba niedostateczna. Chorzy czekają często długie dni na dostanie się do szpitala. Musimy dążyć do uruchomienia nowych oddziałów szpitalnych. **Musimy rozporządzać w niedługim czasie conajmniej 1200 łóżkami szpitalnymi dla gruźlików, w tym około 400 łóżkami dla gruźlicy nieuleczalnej.**

W chwili obecnej mamy oddziały gruźlicze w następujących szpitalach:

Wykaz szpitali warszawskich, w których znajdują się oddziały gruźlicze.

	żeński	męskie	młodzieżowe dziew.	młodzieżowe chłop.	dziecinne dziew.	dziecinne chłop.
1. Szpital Wolski, Płocka 26	47	85	26	22	—	—
2. Szpital św. Stanisława, Siennicka 15	65	52	—	—	—	—

3. Szpital św. Ducha, Dworska 17	35	75	—	—	—	—
4. Szpital Miejski, Grochowska 272 (pododdział gruźlicy)	16	16	—	—	—	—
5. Szpital im. Karola i Marii, Działdowska 1 (dla dzieci—gruźlica kości)	—	—	—	—	9	9
6. Klinika Dziecięca, Litewska 16					15 (zakaźny)	
	133	228	26	22	33	

Nie lepiej przedstawia się sprawa łóżek sanatoryjnych. Na tym odcinku pewną poprawę przyniosły ostatnie miesiące. Miasto odzyskało swoje sanatorium w Otwocku, gdzie uruchomiono już 218 łóżek oraz przejmuje od Szwedzkiego Komitetu Pomocy Sanatorium dla dzieci — całe miasteczko, doskonale wyposażonych baraków w lasach otwockich na 300 łóżek.

Prócz tego chorzy warszawiacy kierowani są do sanatoriów:

Warszawa dysponuje obecnie tylko częścią wyliczonych łóżek sanatoryjnych (500 łóżek dla dorosłych i 360 dla dzieci). **Racjonalna walka z gruźlicą wymaga dysponowania przez Warszawę conajmniej 1200 łóżkami sanatoryjnymi dla chorych warszawiaków, a więc brak nam jeszcze około 350 łóżek. Winniśmy uruchomić ponadto około 200 miejsc w prewentoriach, około 300 miejsc w sanatoriach dziennych, około 200 miejsc w „szkołach leśnych". Brak nam około 200 miejsc dla gruźlicy kostnej.**

Nie tylko instytucyj i odpowiednich urządzeń leczniczych nam brak — odczuwamy wielki brak wykwalifikowanych sił fachowych. Wyszliśmy z wojny z przerzedzonymi mocno kadrami fachowców. Brakuje nam lekarzy i pielęgniarek.

Praca lecznicza na odcinku walki z gruźlicą jest połączona z niebezpieczeństwem zarażenia się. Ludzie, poświęcający się tej pracy nierzadko padają ofiarą tej choroby. Do pracy tej idą najczęściej ludzie o wyraźnym nastawieniu społecznym — pracownicy Służby Zdrowia „z powołania". **To też społeczeństwo, które chce mieć dobrze zorganizowaną walkę z gruźlicą, dostateczną liczbę dobrych ftizjologów i personelu pomocniczego dla oddziałów i poradni gruźliczych, musi otoczyć tych pracowników specjalną opieką, musi im stworzyć dobre warunki pracy.** W okresie okupacji niemieckiej w ciągu lat 1943 — 44 w szpitalu Wolskim i Skarbowców około 40% personelu lekarskiego i pielęgniarskiego zapadło na gruźlicę.

Jeżeli nie zatroszczymy się specjalnie o tych pracowników, — nie ma co marzyć o dobrym rozwinięciu akcji przeciwgruźliczej. Troska ta musi wyrażać się zarówno w przywilejach urlopowych,

Wykaz sanatoriów i prewentoriów dla dorosłych.

L. p.	Rodzaj zakładu	Adres	Ogólna liczba miejsc w zakładzie	w tym przydz. Op. Sp.	Wykorzystane przez Op. Sp.	Ubezp. Społ.	M. P. I.	Inne	
1	Sanatorium	Świder, Warsz. Tow. Przeciwgruźlicze	95	60	32	24	—	15	
2	"	Otwock—Miejskie	218	218	60	20	—	—	
3	"	Otwock—Powiatowe	100	—	7	50	—	43	
4	"	Rudka	180	60	42	50	—	88	san. exterytorialne
5	"	Zakopane—Akademickie	120	25	25	—	—	95	" "
6	"	Zakopane—Zw. Naucz. Polskiego	100	—	2	—	—	98	" "
7	"	Zakopane — P.C.K.	220	—	1	—	—	219	" "
8	"	Bukowiec k. Kowar (dawna Krzyżatka) własność Z.U.S.-u)	754	20	5	749	—	749	" "
9	"	Trzebiechów n. Odrą woj. poznańskie	100	20	21	—	—	79	woj. poznańskie
10	Prewentorium	Śródborów „Tatrzanka"	70	70	—	—	70	—	
11	Szpital zakaźny oddz. chirurg. gruźlica kości	Otwock—Powiatowe	30	20	14	—	—	16	zakład pow. warszawskiego
			1987	493	209	893	70	1402	

Wykaz sanatoriów i prewentoriów dla dzieci.

L. p.	Rodzaj zakładu	Wiek	Adres	Ogólna liczba miejsc w zakładzie	przydz. Op. Sp.	Wykorzystane przez Op. Sp.	w tym Ubezp. Społ.	w tym M.P.I.	w tym Inne	
1	Prewentorium	4—10	Anin — Liga Szkolna Przeciwgr.	45	30	26	10	—	—	
2	„	7—14	Nowe Miasto n. Pilicą L.S.P.	25	15	6	—	—	10	
3	Sanatorium gruźlica zamkn.	2—10	Międzylesie Zgr. SS. Rodziny Marii	90	60	54	10	—	10	
4	„	6—16	Świder—Liga Szk. Przeciwgruźlicza	65	20	6	30	—	9	
5	„	4—15	Otwock „Imperial" C.K.O.S.	90	20	12	70	—	8	
6	„ i otwarta	0—18	Otwock — Szwedzko-Polskie	300	100	50	100	—	150	Sanat. exterytorialne
7	Sanatorium dla gruźlicy otwartej	6—18	Otwock „Ostrówek" Liga Szk. Przeciwgr.	65	30	25	20	—	20	
8	Sanatorium dla gruźlicy kostno-stawowej	2—18	Otwock „Palladium" C.K.O.S.	110	60	54	10	—	46	
9	Sanatorium dla gruźlicy kostno-stawowej	3—15	Konstancin — Miejskie	116	66	10	—	—	—	
10	Sanatorium dla gruźlicy kości	2—16	Zakopane, Bystre Uniw. Jagielloński	250	—	2	—	—	248	
11	Sanat. dla dzieci gruźlica zamkn.	4—15	Rabka—państwowe	150	—	5	—	—	145	
				1306	401	250	250	—	646	

jak i w wyższych uposażeniach. Dziś mamy taki stan rzeczy, że kierownicy oddziałów gruźliczych wybitni specjaliści nie mogą znaleźć kandydatów na asystentów. Lekarze nie chcą się poświęcać tej specjalności, idąc łatwiejszymi i mniej niebezpiecznymi drogami zarobkowania. Należałoby zorganizować instytucję stypendiów dla zdolnych i chcących się poświęcić tej dziedzinie lekarzy i pielęgniarek.

Wobec tego, iż szczegółowy przegląd naszych możliwości i środków ujawnił spore braki w naszym arsenale, wobec tego, iż brak nam zarówno fachowców jak i urządzeń leczniczych — musimy przyjąć taką metodę pracy, aby mimo szczupłych środków mieć maksimum wyników. Lecznictwem wogóle, a więc i walką z gruźlicą zajmują się tak w całym państwie, jak w Warszawie liczne organizacje przeróżnego typu, depczące sobie nawzajem po piętach. W wyniku daje to dublowanie roboty i marnotrawstwo środków. **Pragnąc temu zapobiedz, zorganizowaliśmy na naszym terenie Radę Koordynacji Lecznictwa i Zapobiegania,** której zadaniem ma być (i jest już w znacznym stopniu) scalenie organizacyjne akcji przeciwgruźliczej, prowadzonej przez Miasto, Ubezpieczalnię Społeczną, Czerwony Krzyż i t. d. Akcja koordynacyjna nie jest pomyślana jako „zachowanie łączności" i „uzgadnianie", ale po prostu oddanie kierownictwa i środków materialnych w jedne ręce. Na tej drodze osiągamy oszczędność zarówno środków materialnych, jak i kadr fachowych.

Od tej metody pracy nie chcielibyśmy odstąpić nawet wtedy, gdy będziemy mieli bogate zastępy specjalistów i bogactwo urządzeń leczniczych.

Wydaje mi się, iż akcja koordynacji winna objąć również stowarzyszenia tego typu co Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze i Liga Szkolna Przeciwgruźlicza.

Na zakończenie słów kilka o akcji szczepień zapobiegawczych t. zw. szczepionką B.C.G. (Bacille Calmette-Guerin).

Do Polski przybyła ekspedycja Duńskiego Czerwonego Krzyża, która dokonuje masowych szczepień metodą doskórną. Przeprowadzane są również próby szczepień młodzieży metodą skaryfikacyjną, która przyjęła się we Francji (metoda podobna do szczepienia ospy) .

Dotychczas stosowaliśmy w Polsce metodą szczepień doustnych szczepionką B.C.G. Szczepiono wyłącznie noworodki.

Ponieważ szczepienia te nie zdobyły sobie u nas jeszcze należnego im słusznie prawa obywatelstwa, należałoby z okazji „Dni Przeciwgruźliczych" sprawę tę spopularyzować.

Wydaje mi się, że akcję tę propagandowo łatwiej i zręczniej będzie można przeprowadzić za pośrednictwem organizacyj społecznych

tego typu, co Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze i Liga Szkolna Przeciwgruźlicza. To właśnie byłaby typowa praca, którą mogą i powinny wziąć na siebie organizacje społeczne.

Skuteczność szczepionki B.C.G. jest dziś udowodniona przez wybitnych badaczy całego świata na olbrzymim materiale. Wiele milionów ludzi zostało już poddanych tym szczepionkom. Udowodniono, iż szczepionka ta zmniejsza wybitnie umieralność i zapadalność na gruźlicę. Pokutują jednak w opinii pewne fałszywe informacje i przesądy, utrudniające rozpowszechniene szczepień. Do tych fałszywych informacyj należy przede wszystkim tragiczna historia, która zdarzyła się w Lubece przed 18-tu laty. W dziecięcej klinice niemieckiej w Lubece lekarze podali niemowlętom przez pomyłkę zamiast szczepionki BCG zwykle zjadliwe bakterie gruźlicze. Tę tragiczną omyłkę przypłaciło wówczas wiele niemowląt śmiercią, a lekarze poszli pod sąd. Sprawa została szeroko rozgłoszona przez mało dokładną prasę i w opinii nieświadomych istoty rzeczy ludzi pokutuje jako „niejasna".

Dokładna statystyka, oparta na wieloletnich badaniach przeprowadzonych przez wszystkie niemal kraje — uprawnia do stanowczego stwierdzenia, iż szczepionka BCG jest absolutnie nieszkodliwa i jest wielkim krokiem naprzód w walce z gruźlicą.

W społecznej akcji uświadamiania ogółu ludności w sprawach związanych z gruźlicą, wielką rolę do odegrania mają takie organizacje jak nasze Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze i Liga Szkolna Przeciwgruźlicza. Aby jednak akcja ta mogła potoczyć się szerokim gościńcem, musi ona objąć miliony ludności pracującej, zorganizowanej w Związkach Zawodowych. Za ich pośrednictwem dotrzemy do wszystkich zakładów pracy i będziemy wszędzie przyjęci z życzliwością i należytym zrozumieniem.

Na terenie Związków Zawodowych mamy swego ambasadora w postaci Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia Jemu powinna przypaść rola oświetlania zagadnień gruźlicy na terenie Zrzeszeń Pracowniczych.

Za pośrednictwem Związków Zawodowych musimy uświadomić opinię publiczną o celowości i konieczności masowych prześwietleń rentgenowskich na terenie zakładów pracy, masowych szczepień BCG, o konieczności zorganizowania sieci nowych poradni przeciwgruźliczych, szpitali gruźliczych, sanatoriów, prewentoriów, szkół leśnych i ogródków jordanowskich dla dzieci zagrożonych, oraz prewentoriów dziecięcych.

W tym środowisku winniśmy rozwiązać również zagadnienie walki z gruźlicą pod kątem higieny pracy.

Statystyka stwierdza, iż w niektórych zawodach gruźlica płuc jest bardzo rozpowszechniona. Badano dwie grupy robotników, ży-

jących w jednakowych warunkach materialnych, lecz uprawiających różne zawody, specjalnie sprzyjające rozwojowi gruźlicy. Do zawodów tych zaliczyć trzeba takie, w których praca odbywa się w powietrzu nasyconym pyłem — zwłaszcza pyłem krzemowym, który wywołuje pylicę krzemową, zmniejszającą znacznie odporność płuc na gruźlicę. W zawodach tych przestrzeganie zasad higieny pracy redukuje do minimum niebezpieczeństwo. Do tego celu służy odpowiednia wentylacja, przyrządy do bezpyłowego przesypywania materiałów, szafy wyciągowe, respiratory, maski ochronne, zaprawianie podłóg cieczą pyłochłonną i t. p.

Związki Pracownicze winny dopilnować, by pracownicy zawodów, które uspasabiają do gruźlicy, oraz pracownicy Służby Zdrowia, stykający się z chorymi na gruźlicę, byli poddawani okresowym badaniom lekarskim i kierowani na urlopy zdrowotno-wypoczynkowe.

Wglądu Związków Zawodowych wymaga także sprawa załatwiania leczenia gruźlików przez Ubezpieczalnie Społeczne. Przepisy Ubezpieczalni w tej dziedzinie wymagają szybkiej rewizji. Według obecnie obowiązujących przepisów chory leczony w sanatorium na koszt Ubezpieczalni, traci prawo do dalszej kuracji po 26-ciu tygodniach. Praktycznie rzecz biorąc gruźlik trafia do sanatorium po kilku miesiącach leczenia ambulatoryjnego i pozostaje mu na leczenie sanatoryjne 2 — 3 miesiące. Tak więc człowiek pracy, skutecznie podleczony w sanatorium w ciągu 3-ch miesięcy i mogący w ciągu kilku dalszych miesięcy leczenia odzyskać zdolność do pracy, musi bardzo często przedwcześnie przerwać leczenie, wrócić do pracy, by po pewnym okresie czasu mieć znowu prawo dalej się leczyć (już z mniejszymi szansami na wyleczenie).

Ten szkodliwy i nielogiczny stan rzeczy winien jaknajszybciej uledz zmianie.

Zadaniem organizacyj pracowniczych winno być również roztoczenie opieki koleżeńskiej nad rekonwalescentami, wracającymi do pracy, po odbyciu kuracji sanatoryjnej. Ludzie ci wymagają przez czas dłuższy specjalnej opieki i lżejszych warunków pracy, dodatkowych urlopów — sprawy te winny być regulowane przez Związki Pracownicze.

Rozważając zadania organizacyj społecznych w walce z gruźlicą należy zwrócić uwagę na pozostawione na uboczu i niewykorzystane w tej walce liczne rzesze ozdrowieńców, którzy wyszli z zakładów leczniczych i znajdują się pod dalszą kontrolą Poradni Przeciwgruźliczych. Ludzie ci mogą odegrać poważną rolę w akcji popularyzacyjnej walki z gruźlicą. Są oni osobiście zainteresowani dobrym poziomem tej walki. Są oni „wykształceni" w ciągu długiego pobytu w szpitalach i sanatoriach w sprawach związanych ze swą cho-

robą. Zrzeszeni w społecznych stowarzyszeniach przeciwgruźliczych mogą odegrać bardzo pożyteczną rolę w naszej akcji uświadamiającej.

Jako organizatorzy „Dni Przeciwgruźliczych" wysuwamy nasze hasła, z którymi zwracamy się do ogółu obywateli Stolicy.

Racjonalna walka z gruźlicą wymaga:

1. **Zwiększenia liczby Poradni Przeciwgruźliczych i oparcia pracy ich o masowe zdjęcia małoobrazkowe** (rentgenowskie).

2. **Masowej akcji szczepień BCG.**

3. **Zwiększenia liczby łóżek szpitalnych,** przez otwarcie nowych oddziałów gruźliczych.

4. **Zwiększenie liczby sanatoriów.**

5. **Rozbudowy sieci prewentoriów,** „szkół leśnych" i ogródków jordanowskich, pomyślanych jako prewentoria dla dzieci zagrożonych gruźlicą.

6. **Zwiększenia liczby lekarzy i personelu pomocniczego,** poświęcającego się walce z gruźlicą przez stworzenie specjalnych stypendiów państwowych.

7. **Otoczenie personelu leczniczego, zatrudnionego w walce z gruźlicą troskliwą opieką.** Zapewnienie temu personelowi lepszych płac i częstszych urlopów wypoczynkowych.

8. **Zorganizowanie czynnej postawy rzesz pracujących, zorganizowanych w Związkach Zawodowych wobec zagadnienia gruźlicy, i roztoczenie przez Związki opieki nad rekonwalescentami** (domy wypoczynkowe).

9. **Przeprowadzenie zmiany przepisów Ubezpieczalni Społecznych odnośnie czasu leczenia ubezpieczonych w sanatoriach.**

10. **Zwiększenie kontroli nad zakładami pracy pod kątem ścisłego przestrzegania zasad higieny pracy.**

Bądźmy optymistami. Są oznaki, iż zagadnienie walki z gruźlicą zyskuje na znaczeniu w Państwie. Wysuwa się ono na czoło w programie Powszechnej Służby Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia opracowuje plan ufundowania w Warszawie Instytutu do Badań Naukowych nad gruźlicą, którego zadaniem ma być przestudiowanie zarówno strony klinicznej, jak i społecznej tego zagadnienia.

Łączymy z tym nadzieję, iż hasła nasze wysunięte w „Dniach Przeciwgruźliczych" doczekają się w niedługim czasie realizacji.

Prof. dr M. Kacprzak

Rudka

W odległości 60 kilometrów od Warszawy, na linii kolejowej Warszawa — Siedlce, znajduje się sanatorium przeciwgruźlicze Rudka, dobrze znane mieszkańcom Warszawy.

Sanatorium położone jest w pięknym starym lesie, przeważnie sosnowym, na gruncie piaszczystym, w odległości 2 kilometrów od stacji kolejowej Mrozy, połączonej z sanatorium konnym tramwajem zakładowym.

Ciekawe są koleje tego sanatorium. Powstało ono z inicjatywy ludzi dobrej woli, na czele których stanął w roku 1899 znany lekarz warszawski, dr Teodor Dunin, propagujący tworzenie wzorowego zakładu społecznego dla chorych na gruźlicę. Z dobrowolnych składek i darów wzniesiono na terenie ofiarowanym przez ks. Lubomirskiego piękny gmach sanatoryjny wraz z budynkami administracyjnymi. Budowę pierwszego skrzydła na 60 łóżek, zakończono w roku 1908.

Wkrótce, bo już w roku 1913, przystąpiono do budowy drugiego skrzydła, ale warunki materialne, a przede wszystkim wybuch wojny, uniemożliwił realizację postawionego sobie celu. W czasie pierwszej wojny światowej sanatorium poniosło znaczne straty i trzeba było szeregu lat, ażeby straty te pokryć i budowę posunąć naprzód.

Wkrótce po wojnie, w roku 1922 na czele sanatorium, jako prezes, stanął znany przemysłowiec warszawski Emil Gerlach, jedna z najbardziej zasłużonych osób dla sanatorium. Jemu ten zakład leczniczy zawdzięcza swój rozwój zarówno pod względem gospodarczym, jak i leczniczym.

Początkowo pacjenci sanatorium składali się przeważnie z inteligencji pracującej, urzędników, nauczycieli, studentów, co ułatwiały niskie opłaty i ulgi. Niedobory sanatorium pokrywało z dochodów z majątku sanatorium, powstałego z darowizn.

Niestety, przyszła druga wojna światowa, która wywołała w sanatorium ogromne zniszczenie, a majątek doprowadziła do

zera. Zaczęliśmy więc po wojnie na nowo, rozporządzając tylko zniszczonymi gmachami. W ciągu jednak paru lat udało nam się doprowadzić sanatorium do stanu niemal zupełnie zadawalającego. Osiągnięte to zostało dzięki pomocy głównie z dwu źródeł — Ministerstwa Zdrowia i Polskiego Czerwonego Krzyża. Obecnie zakład działa już w pełni.

Cały gmach został odremontowany, centralne ogrzewanie, wodociągi, kanalizacja, elektryczność działają sprawnie. Mamy 250 łóżek nieźle zaopatrzonych i prawie stale zajętych. Początkowo główny kontygent chorych tworzyli nieszczęśliwcy, którzy przeszli więzienia i obozy. W chwili obecnej ta kategoria chorych zmniejszyła się znacznie i chorzy nasi składają się w dużym odsetku z ubezpieczonych, a więc warstw pracujących fizycznie lub umysłowo; zwiększył się także wybitnie odsetek ludności wiejskiej, a spadła liczba płacących za siebie.

Osobiście jestem zwolennikiem zwiększenia miejsc dla ludności wsi, wychodzę bowiem z założenia, że zasada „lecz się we własnym klimacie" ma w stosunku do chłopa znacznie większe zastosowanie niż do jakiejkolwiek innej grupy ludności, a Rudka temu hasłu odpowiada jak najlepiej. Trudności techniczne uniemożliwiają przeprowadzenie zbyt daleko idących przeształceń w tym kierunku.

Posiadamy obecnie nowoczesny sprzęt i aparaturę, co umożliwia dokonywanie prawie wszystkich zabiegów (z wyjątkiem torakoplastyki) na miejscu. Leczenie sanatorium prowadzi czynne, zgodnie z tendencją panującą dziś na całym świecie. Obiecuje to krótszy pobyt chorych, większe podniesienie ich na duchu, większy odsetek wyleczeń i poprawy. Chorzy otrzymują odżywianie wystarczające, tak, że nawet najbiedniejsi, a mamy stale około 80 łóżek zajętych przez pacjentów z Opieki Społecznej, mogą utrzymywać się bez dokupywania produktów, przybywając na wadze.

Wreszcie nasze marzenie, a może tylko gorące życzenie: chcemy sanatorium zbliżyć do chorych, chcemy z niego zrobić ośrodek walki z gruźlicą, rozciągający się na okoliczne tereny. Gdyby nam się udało powiązać sanatorium z najbliższymi przynajmniej poradniami przeciwgruźliczymi, gdybyśmy mogli stać

się ośrodkiem walki terenowej, obejmującym w porozumieniu z administracją państwową całokształt akcji przeciwgruźliczej, czulibyśmy się wówczas naprawdę ugruntowani.

Nasi poprzednicy przed kilkudziesięciu laty prowadzili akcję przeciwgruźliczą, odpowiadającą ówczesnym poglądom i warunkom społecznym, my chcielibyśmy i powinniśmy zrobić to samo w obecnym okresie.

Dr Zbigniew Górecki.

Masowe małoobrazkowe badania Rentgenowskie w planowej akcji przeciwgruźliczej

Małoobrazkowe masowe badania rentgenowskie płuc, które wprowadził w 1936 r. Dr Manoel de Abreu z Rio de Janeiro, rozwinęły się (szczególnie w Stanach Zjednoczonych) do rozmiarów, które przeszły wszelkie oczekiwania wynalazców tej metody. Dość powiedzieć, że przebadano tą metodą kilkadziesiąt milionów osób.

Zasada badań małoobrazkowych polega na tym, że fotografuje się ekran rentgenowski w czasie prześwietlania badanego. Wysoka wydajność aparatów rentgenowskich wentylowych i precyzja aparatów fotograficznych przy zastosowaniu wynalazku komórki fotoelektrycznej, która pod wpływem różnego stopnia świecenia ekranu rentgenowskiego przy prześwietlaniu różnej objętości osobników sama reguluje czas expozycji, warunkujący dokonanie dobrego zdjęcia, doprowadziła do doskonałości technicznej, pozwalającej na wykonywanie kilkuset do tysiąca zdjęć dziennie.

Jednoczesne fotografowanie na filmie wkładanej do kasety pod ekran rentgenowski karty badanego z nazwiskiem, numerem bieżącym i datą, wyklucza pomyłki przy największej liczbie badanych.

Badając w ten sposób całe masy ludności niepodejrzewającej się o chorobę, jak wykazują doświadczenia, przeprowadzone w Warszawie przez Szwedzko - Polską Poradnię Przeciwgruźliczą (dokonano ponad 100.000 badań), możemy wykryć ponad 1,5% ludzi chorych, wymagających natychmiastowego leczenia

Procent ludzi, u których wogóle znajduje się zmiany w płucach, sięga do 5 i 7%, ta liczba podejrzanych zostaje poddana dokładnym badaniom, które wykrywają właśnie 1,5% chorych na czynną gruźlicę z ogólnej liczby t. zw. zdrowych. Jeżeli przyjmiemy, że Warszawa liczy ca. 600.000 mieszkańców ,to musimy przyjąć, że gdybyśmy dokonali zdjęć małoobrazkowych u całej ludności Warszawy, znajdziemy około 9.000 chorych, w stosunku do których należy wdrożyć natychmiast odpowiednie leczenie szpitalno - sanatoryjne.

Ta prawdopodobna cyfra dla samej stolicy jest dostatecznym argumentem, przemawiającym za tym, że akcja przeciwgruźlicza musi być zorganizowana planowo i totalnie, że musi obejmować całą ludność bez względu na to, czy ona pracuje i w jakich instytucjach i czy ma lub nie ma jakiekolwiek prawa do opieki lekarskiej. Bo jeżeli nie zajmiemy się losem tych wszystkich, którzy będąc chorymi, stanowią jednocześnie niebezpieczeństwo dla otoczenia, to okaże się, że wszystkie nasze wysiłki na poszczególnych odcinkach dla ubezpieczonych w Ubezpieczalni Społecznej, pomocy kolejarzom czy pocztowcom, trafiają na próżnię.

Wszyscy ci ubezpieczeni zarażają się także od nieubezpieczonych i roztaczanie opieki nad poszczególnymi grupami ludności bez ujęcia w jeden plan całości, musi prowadzić jedynie do rozczarowań, marnotrawstwa sił i pieniędzy.

Masowe małoobrazkowe badania rentgenowskie, bez konsekwentnego zaopiekowania się wykrytym chorym, nie przynoszą badanym większej korzyści aniżeli przygodny fotograf uliczny

Zastosowanie dalszej opieki lekarskiej tylko w stosunku do pewnych grup ludności marnuje poważny wkład pracy i pieniędzy.

Wniosek: małoobrazkowe masowe badania rentgenowskie powinny być prowadzone wyłącznie przez Centralne Poradnie Przeciwgruźlicze.

Akcja przeciwgruźlicza wymaga planu i realizacji obejmujących wszystkich obywateli i musi im zapewniać w każdym wieku ich życia pełną opiekę lekarską, ratować ich zagrożone życie i nie dopuszczać do zarażania chorobą innych.

Dr Michał Telatycki

Rola Opiekunów Społecznych w zwalczaniu gruźlicy

„The rend in need is the frend indeed" (stare angielskie przysłowie odpowiadające naszemu: „prawdziwych przyjaciół poznaje się w nieszczęściu")

Wnikliwe przemyślenie osiągnięć humanitarnej myśli społecznej z pewnością nie znajdzie wspanialszego osiągnięcia niż stworzenie instytucji opiekunów społecznych. Wieki jeszcze niedawne znały promienne postacie jałmużników, rozbijających gorącym słowem mur egoistycznej obojętności sytego ogółu na niedolę upośledzonych nie z własnej winy bliźnich. W Polsce znamy całe zastępy nazwisk podobnych ludzi ze Staszicem, ks. Baudouinem, Bratem Albertem i Januszem Korczakiem na czele.

Wysiłek ich był wielki, bezgranicznie ofiarny, ale skutki doraźne w stosunku do potrzeb społecznych małe, bowiem odruch jednostek zależny był bardziej od kaprysu niż od świadomości obowiązku. To też na samej tylko filantropii, „poczuciu miłosierdzia" jednostek czy zrzeszeń, nie można było wiele budować

Dopiero przyswojony przez masy wyższy stopień dojrzałości społecznej, nakazującej każdemu obywatelowi widzieć w każdym człowieku świata pracy swego brata, którego dzisiejsza

niewspomożona niedola jest zwiastunem ewentualnej jutrzejszej samotnej niedoli własnej, utorowały drogę przeświadczeniu, że każdy obywatel dotknięty biedą niezawinioną nie potrzebuje prosić, a ma prawo domagać się pomocy społeczeństwa, a to ostatnie pomaga nie z pobudek charytatywnych, a z tytułu elementarnego obowiązku. Tu w tym zrozumieniu leży źródło wszelkich pozycji budżetowych na opiekę społeczną państw, a tylko odsetkowa wysokość tej pozycji w stosunku do całego budżetu państwowego jest wyrazem większego lub mniejszego zrozumienia względnie, jak u nas, wyrazem nadmiernego upadku możliwości materialnych społeczeństwa zubożonego celowo i świadomie przez okupantów.

I oto powstaje zagadnienie kwalifikacji szafarzy tej pomocy materialnej ze strony społeczeństwa potrzebującym jednostkom.

Myliłby się, kto sądzi, że da się to załatwić przez aparat urzędniczy, przy okienkach biurowych.

Ta pomoc urzędowa, przeważnie bezduszna, zawsze będzie miała charakter jałmużny „na odczepne". Każda wielka niedola ludzka poza stroną materialną ma bodaj czy nie większą stronę moralną: zachwianie wiary człowieka we własne siły, we własną przydatność dla społeczeństwa.

Szafarzem więc musi być z ludzi „ludzkich" jednostka najbardziej ludzka, najbardziej wrażliwa na niedolę bliźnich a równocześnie taktowna, realna, sprawiedliwa, świadoma zakresu możliwości, wysokości i celowości dysponowanych przez siebie świadczeń. Obok pomocy materialnej musi przynosić potrzebującym przekonywujące wyrazy otuchy i trafne rady; obok węgla na ogrzanie izby — przydzielać ciepło własnego serca.

Dopiero wystarczający liczebnie zastęp tak właśnie rozumiejących swą rolę opiekunów społecznych, pracujących w terenie, daje gwarancję szybszego nastania ery sprawiedliwości społecznej i przywróci znękanym przez wojnę masom wiarę w Człowieka, w Braterstwo ludzi i Ludów.

Ryzykuję twierdzenie, że bez takiego zastępu nie jest do zwalczenia w skali społecznej żadna z klęsk powszechnych, bez niego żadne podatki, ustawy, nakazy, zakazy i specjalne fundusze nie osiągną spodziewanego celu.

Nie do przeprowadzenia również bez nich byłaby skuteczna walka z gruźlicą. Bowiem czym innym jest gruźlica, jak nie klęską ekonomiczną i biologiczną opanowanych przez nią społeczeństw oraz śmiertelnym niebezpieczeństwem i wielką niezawinioną niedolą dotkniętych nią jednostek?

Gruźlica, jak wiadomo, jest chorobą zakaźną, przeważnie (w 90%) przewlekłą, ciągnącą się latami, w 70% śmiertelną.

Zakażenie przenosi się na zdrowych głównie od chorego na gruźlicę płuc kaszlącego człowieka lub drogą spożywania przez ludzi zdrowych niegotowanego mleka od chorej na gruźlicę krowy. Sam fakt zakażenia u niemowląt wywołuje prawie zawsze zachorowanie. Inaczej u dorosłych. Tu samo zakażenie przeważnie nie przesądza zachorowania, wszystko zależy od ogólnego poziomu sił obronnych organizmu, dotkniętego zakażeniem, i od poziomu higieniczności i warunków bytowania osoby zakażonej. Tak więc spośród dwóch społeczeństw o jednakowym rozpowszechnieniu zarazy — w takim społeczeństwie jest więcej zachorowań na gruźlicę i zgonów z jej przyczyny, którego członkowie bytują w gorszych warunkach (niedożywianie, przemęczenie, zagęszczenie mieszkaniowe, niezdrowy tryb życia itp.).

W pokojowych czasach wśród ludności miast dochodzi do zachorowania na gruźlicę u 1 — 2% ogółu zakażonych gruźlicą. U co najmniej połowy osób, które zachorowały, gruźlica przechodzi w sposób złośliwy, dający na odcinku 10 lat od chwili ujawnienia się choroby — aż 70% umieralności. W Biuletynie Ligi Narodów opublikowanym w r. 1938 — spośród 31 państw europejskich zarejestrowanych w Lidze — Polska w pozycji rocznej liczby wysokości zgonów z powodu gruźlicy (w obliczeniu wskaźnika na 10.000 pogłowia ludności) zajmowała aż drugie miejsce.

Dziś z pewnością nie jest lepiej. I choć wskutek powojennej migracji mas ludnościowych nie możemy zebrać jeszcze dokładnych danych co do ogólnej ilości chorych na ciężkie postacie, nie przesadzimy twierdząc, że jest ich w Polsce około 100 tysięcy. W dużych miastach na każde 100 zgonów niemowląt aż 15 przypada na rachunek gruźlicy.

Klęska ta godzi w podstawę siły biologicznej narodu, bowiem zgony od gruźlicy dotyczą głównie wieku niemowląt do 2 lat życia i potem wieku największej wydajności fizycznej, umysłowej i rozrodczej od 20 — 45 lat. Wymierają w pierwszej linii osoby najwydajniej pracujące, najbardziej wrażliwe, a więc i kulturalnie najbardziej wartościowe. Jeżeli wymienić największych spośród naszych obywateli — nie zapominajmy, że w ostatnim stuleciu gruźlica zabrała nam przedwcześnie poetów: Słowackiego i Wyspiańskiego, muzyków Chopina, Karola Szymanowskiego, pisarzy: Żeromskiego, J. Żuławskiego, Unilowskiego i E. Małaczewskiego, z polityków I. Daszyńskiego, z aktorów największej miary — Stefana Jaracza i wielu, wielu innych. Straty ekonomiczne Państwa z powodu ilości zachorowań na gruźlicę i zgonów z jej powodu obliczamy na sumę 1 miliarda 350 milionów złotych w złocie rocznie.

Program skutecznej walki społecznej z gruźlicą nie polega li tylko na leczeniu przez lekarzy poszczególnych chorych, którzy się do nich zgłaszają.

Jeżeli jego wykonanie ma być rzeczywiście skuteczne musi odpowiadać następującym czterem podstawowym wymogom:

1. zorganizowanie pogłownego wyławiania wszystkich siewców zarazy, to jest osób chorych na gruźlicę zakaźną w jaknajwcześniejszym stopniu zaawansowania sprawy chorobowej;
2. odosobnienie jaknajszybsze takich siewców od zdrowego otoczenia przez umieszczanie ich w odpowiednich zakładach leczniczych aż do czasu utraty przez nich cechy zakaźności (szpitale, sanatoria, osiedla specjalne);
3. przeszkalanie do pracy w innym zawodzie tych spośród ozdrowieńców, którzy przed zachorowaniem wykonywali zawód zbyt ciężki i stopniowe zaprawianie do pracy ozdrowieńców, którzy mogą wrócić do poprzedniego zawodu;
4. ochrona przed ruiną materialną rodzin, których jedyny żywiciel jest chory, przez cały czas jego niezdolności do pracy.

Samo sformułowanie programu jasno uwypukla doniosłą i niezastąpioną rolę opiekunów społecznych w realizacji każdego z jego punktów.

Roztaczając opiekę nad potrzebującymi pomocy rodzinami swego rejonu — opiekun społeczny ma możność, jak nikt inny, zwrócić uwagę na stan zdrowotny poszczególnych członków rodziny z podejrzanymi objawami chorobowymi i drogą perswazji sprowadzać go do badania w poradni przeciwgruźliczej. W wypadku stwierdzenia gruźlicy — drogą interwencji w tejże poradni opiekun społeczny może osiągnąć albo umieszczenie samego chorego w odpowiednim zakładzie, albo wysłanie jego zagrożonych nieletnich dzieci do prewentorium.

W razie niemożności natychmiastowego umieszczenia chorego w zakładzie opiekun społeczny wraz z higienistką społeczną poradni przeciwgruźliczej może w samym mieszkaniu chorego przeprowadzić tzw. izolację otwartą przez odpowiednie przemieszczenie domowników w izbach lub uzyskanie dostawienia osobnego łóżka dla chorego.

Moje osobiste doświadczenie poucza, że sprawność działania opiekuna społecznego w stosunku do chorego znakomicie skraca termin oczekiwania przez tegoż na miejsce w zakładzie leczniczym, zwłaszcza w odniesieniu do tzw. niezamożnych podopiecznych. Bowiem podczas okupacji głównym powodem nieuzyskania przez zainteresowanych przydziału łóżka w sanatorium było oczekiwanie bez końca przez instytucję skierowującą na przyjęcie wywiadu społecznego, którego wynik przesądzał, czy petent ma uprawnienie do leczenia na koszt gminy czy Ubezpieczalni.

Najważniejsza rola opiekuna przypada w momencie powrotu ozdrowieńca z sanatorium do domu. Kwestia znalezienia dla niego odpowiedniego zatrudnienia zarobkowego, zależy i zależeć będzie w głównej mierze od energii, pomysłowości i życzliwości opiekuna społecznego. Dzięki jego interwencji w zakładach przemysłowych np. ozdrowieniec może aż do ostatecznego wzmożenia sił — być przez zarząd oszczędzany w pracy, lub używany do pracy lżejszej.

Wreszcie uzyskanie pomocy materialnej dla rodzin, których jedyny żywiciel jest na leczeniu zakładowym, lub w domu, lecz jest niezdolny do pracy, zależy również całkowicie od siły perswazji opiekuna przed decydującymi instancjami.

Niewątpliwie, wszystko to są zadania trudne, wymagające wysiłków, nieraz sprytu i wynalazczości, a głównie ofiarności i niezrażającej się niczym miłości bliźniego oraz wyrozumiałości. Ale te wysiłki, w razie powodzenia, opłacają się stokrotnie, a bez nich żadna akcja społeczna nie osiągnie celu.

Co więcej, osoby, które tych kwalifikacji nie posiadają, nie powinny się podejmować roli opiekunów społecznych.

Należy przypuszczać, że w miarę podnoszenia się stopy życiowej jednostek i państwa jako całości — ta rola będzie coraz łatwiejsza. Ale dzisiaj, w czasach heroicznego zrywu narodu do nieustępliwego ciągłego wysiłku przy odbudowie Ojczyzny, również praca opiekunów musi być pionierska, niezrażająca się przeszkodami.

I jeżeli dziś my, myślący społecznie lekarze - ftizjolodzy przy poparciu społeczeństwa stawiamy sobie za zadanie przyśpieszyć moment usunięcia z naszego kraju jednej z najgroźniejszych klęsk, godzącej w podstawy biologiczne naszego narodu, mianowicie gruźlicy, to jesteśmy świadomi, że uda się to osiągnąć jedynie przy gorliwej i zdyscyplinowanej pomocy opiekunów społecznych.

Dr Stanisław Stypułkowski

Historia rozwoju Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego

Dnia 20 czerwca 1948 roku Warszawskie T-wo Przeciwgruźlicze obchodzić będzie 40-letni jubileusz swej działalności.

Był to okres pracy niestrudzonej i nieprzerwanej w najgorszych warunkach zdrowotnych, finansowych i organizacyjnych

W tym okresie dziejowe wypadki i głębokie zmiany społeczne ustawicznie nadawały życiu zawrotne tempo, kierowały go nowymi łożyskami, piętrzyły trudności, ze względu na ogrom klęsk zdrowotnych, szczupłość środków i możliwości organizacyjnych.

Warunki te wymagały w walce o zdrowie ludności ogromnego zbiorowego wysiłku, pełnego ofiarności i poświęcenia.

To też powstanie Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego w latach niewoli, w państwie pozbawionym własnego ustawodawstwa i poparcia władz rządowych, było potężnym odruchem samoobrony społeczeństwa przed zagładą zdrowotną.

Rozumiejąc doniosłość podjętej na siebie roli dziejowej Warszawskie T-wo Przeciwgruźlicze stopniowo przekształca się w strażnika zdrowia publicznego. Nie licząc na poparcie czynników miarodajnych w kraju, czujnie śledzi rozwój nowej myśli społeczno lekarskiej, budzącej się na zachodzie.

W walce z gruźlicą wzorując się na organizacji wprowadzonej we Francji i Anglii, z całą odwagą i świadomością rzeczy wychodzi z osamotnionego gabinetu lekarskiego i rozpoczyna pionierską pracę na terenie nowej placówki lekarskiej — **poradni społecznej.**

Poraz pierwszy w dziejach medycyny przenosi zagadnienie zdrowotne z wązkiego pojęcia **lecznictwa** na szerszą płaszczyznę **opieki zdrowotnej, stałej i bezpłatnej.**

Sieć poradni T-wa, planowo rozmieszczonych na terenie stolicy, powiązanych jednolitym kierownictwem i jednolitymi metodami pracy, działających w oparciu o własne sanatoria typu ludowego — toruje drogę przyszłym Ośrodkom Zdrowia, kładąc podwaliny współczesnej organizacji służby zdrowia.

Budząc opinię publiczną, powołując społeczeństwo do walki o zdrowie szerokich mas ludności i tworząc nowe formy pracy społeczno - lekarskiej — zamyka Warszawskie T-wo Przeciwgruźlicze **pierwszy okres** swej działalności, zapisując chlubną kartę w dziejach rozwoju medycyny zapobiegawczej.

Pragnąc złożyć hołd pionierom pracy społeczno - lekarskiej w krótkim zarysie podajemy historię przeszłych dni, aby stały się one drogowskazem przyszłości.

Pierwsze publiczne ujawnienie myśli utworzenia samoistnego T-wa do walki z gruźlicą na terenie zaboru rosyjskiego datuje się od roku 1903. Na jednym z posiedzeń Wydziału Przeciwgruźliczego Warszawskiego T-wa Higienicznego, Dr Alfred Sokołowski, myśl tę podniósł i postawił w formie wniosku, który został przychylnie przyjęty. Kilka osób zapisało się na członków T-wa i zaprosiło do składu Komitetu Organizacyjnego Dr Sokołowskiego, Juliusza hr Ostrowskiego i Dr Ignacego Baranowskiego.

Naglącą potrzebę zorganizowania walki z gruźlicą ujawniły alarmujące dane statystyczne, które od roku 1882 dawały ustawicznie od 300 do 425 zgonów z gruźlicy na 100.000 mieszkańców rocznie.

Statut T-wa został zatwierdzony przez Ministerstwo 9 października 1904 roku. Wymagał on zebrania przynajmniej 50 członków i kapitału początkowego w wysokości 5.000 rubli.

Komitet organizacyjny rozpoczął kooptację członków i założył konto w Banku Handlowym w Warszawie, prosząc o składanie ofiar na rzecz funduszu zakładowego. Niestety, wypadki dziejowe w roku 1905 i niepokoje w kraju w latach następnych w znacznym stopniu zahamowały tempo pracy organizacyjnej Komitetu, który dopiero 20 czerwca 1908 roku zaprosił członków założycieli w celu wyboru członków Rady.

W dniu tym, do I-szej Rady T-wa wybrani zostali:

Dr Alfred Sokołowski, Marta hr. Krasińska, Józef Szlenkier, ks. Marcin Szkopowski, Leonia Rudzka, Juliusz hr. Ostrowski, dr Otto Hewelke, dr Józef Jaworski, dr Bolesław Dębicki, Michał Białobrzeski Bronisława Natansonowa.

Na zastępców wybrano:

Dr Mariana Gejslera, Stefana Bejna, Stanisławę Włoskiewiczównę, dr Władysława Chodeckiego i dr Hajmana.

Do Komisji Rewizyjnej weszli:

Jan Erlich, Ludwik Kronenberg, Józef Włoskiewicz.

Do Prezydium I-szej Rady weszli:

Dr Alfred Sokołowski, jako prezes, Juliusz hr Ostrowski, jako vice-prezes, Piotr Wertheim, jako skarbnik, Mgr Michał Białobrzeski, jako sekretarz.

Od tego momentu T-wo rozpoczyna zorganizowaną walkę z gruźlicą, w której akcja lecznicza, opieka nad chorym i jego otoczeniem powiązana zostaje z szeroką akcją wychowawczo-zapobiegawczą, propagandową i naukową.

W celu wykonania tak różnorodnego programu pracy Rada powołuje komisje specjalne w następującym składzie:

1. Naukowa — Dr Alfred Sokołowski,
2. Lekarska — Dr Hewelke i dr Dębiński,
3. Propagandowa — Dr Jaworski i dr Włoskiewicz,
4. Prowincjonalna — Dr Gejsler,
5. Finansowa — Wertheim i Bein.

W I-szym roku działalności Rada T-wa odbyła 11 zebrań.

Otwarta została I-sza poradnia przeciwgruźlicza przy szpitalu św. Ducha. Pierwszym kierownikiem poradni był dr Bolesław Dębiński.

Komisja lekarska opracowała regulamin pracy poradni.

Wielkie postępy, jakie poczyniła medycyna w okresie ostatnich 40 lat spowodowały zmiany w kierunkach i formach pracy lekarskiej. Nie wpłynęły one jednak w punktach zasadniczych na pięknie ujęty i racjonalnie wprowadzony w życie plan pracy pierwszych poradni Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego.

Tym musimy tłumaczyć ogromny rozwój podjętej akcji, która w roku 1908 skierowała do poradni w Warszawie 145 osób, a w chwili obecnej obejmuje setki tysięcy osób na terenie całego kraju.

Tej prawidłowo pomyślanej i konsekwentnie wprowadzanej w życie akcji zawdzięczamy opanowanie klęski zdrowotnej w latach wojen i niebywałych w dziejach narodów cywilizowanych, niszczycielskich okupacji.

W roku 1910 Warszawskie T-wo Przeciwgruźlicze organizuje poraz pierwszy szeroką akcję propagandową i doniosłą imprezę finansową w postaci „Dnia Przeciwgruźliczego", który nazwano „Dniem Białego Kwiatka".

Zawdzięczając niespożytej energii i wybitnym zdolnościom organizacyjnym nowowybranego vice-prezesa T-wa, Franciszka Karpińskiego, czysty zysk z imprezy wyniósł 15.390.58 rubli,

co podniosło kapitał T-wa do 23.000 rb., otwierając szerokie możliwości organizacyjne.

Równolegle akcja ta przerodziła się w spontaniczną uroczystość „Białego Kwiatka", w której udział wzięły najszersze warstwy społeczeństwa stolicy. Czytamy w sprawozdaniu: „Bez przesady możemy powiedzieć, że nie ma w Warszawie człowieka, któryby nie wiedział o istnieniu T-wa Przeciwgruźliczego. Ważnym też jest fakt, że uboższa ludność, korzystająca przede wszytkim z usług T-wa nabyła przeświadczenia, iż sama przyczyniła się do jego utrzymania".

Doniosłą historyczną datą jest również rok 1912, w którym otwarte zostało pierwsze ludowe sanatorium pod nazwą „Leśniczówka" pod Karczewiem, nabyte kosztem 7.930.62 rubli, uzyskanych z Dni Przeciwgruźliczych.

Sanatorium ludowe stanowiło placówkę leczniczo - szkoleniową, która w skromnych warunkach, przybliżonych do normalnych warunków bytowania sfer pracujących, praktycznie szkoliła lekarzy w zasadach higieny ogólnej i profilaktyki przeciwgruźliczej. Łagodziło to, ujemnie wpływającą na psychikę chorego, zbyt wielką rozbieżność pomiędzy warunkami życia w luksusowym sanatorium i ciężkimi warunkami bytowania we własnej rodzinie i warsztatach pracy. A głównie, obniżało koszta opieki zakładowej bez ujemnego wpływu na przebieg kuracji i jej wyniki.

W roku 1913 zapoczątkowuje T-wo współpracę z Magistratem m. Warszawy, uzyskując stałą subwencję w sumie 1.000 rubli rocznie.

Organizuje I-szy Zjazd T-w Przeciwgruźliczych, podejmując w swym lokalu przedstawicieli z Łodzi, Lublina, Radomia i Komitet sanatorium w Rudce.

Wydaje „Rady dla suchotników". Organizuje 30 odczytów popularnych. Prowadzi pracę nad statystyką. Zapoczątkowuje współpracę międzynarodową, w wyniku której T-wo otrzymało zaproszenie na zjazd do Petersburga i Berna.

Komisja prowincjonalna uruchomiła pierwszą stację dezynfekcyjną w Otwocku, jako w miejscowości najwięcej odwiedzanej przez chorych płucnych.

Rok 1914 rozpoczyna ciężki okres Wojny Wszechświatowej, okres klęsk zdrowotnych i nieprzezwyciężonych trudności finansowych.

Według doraźnie zebranych danych w połowie roku 1918 liczba chorych na gruźlicę sięga 250.000 osób w całym kraju.

Czytamy w sprawozdaniu z tego roku: „T-wo nasze stanęło wobec dwóch dróg, albo wobec szczupłych funduszy prowadzić cichą działalność, zmniejszając swój program wytyczny, wobec ogromu zadań pozostawiając go innym organizacjom, albo wytężyć wszystkie siły i rozwinąć pracę obowiązkową, dla której instytucję powołano do życia, ufając w energię własną, jak i pomoc społeczną".

Po niejednokrotnych długich debatach Rada T-wa, podtrzymywana optymizmem swego prezesa dr Sokołowskiego, w wysokim poczuciu odpowiedzialności instytucji wobec trawionego niemocą społeczeństwa, rzucił hasło: „W pracy nie ustawać, czynić co można i zgodnie z poczuciem sumienia, wytężać siły dla ratowania kraju z klęski zdrowotnej.

(Patrz Pamiętnik T-wa, str. 38).

W wyniku ogromnego wysiłku od roku 1914 do 1928 T-wo uruchomiło i planowo rozmieściło na terenie miasta 9 poradni społecznych.

Na miejsce zamkniętego sanatorium „Leśniczówki" (w kryzysowym roku 1917) uruchomiono sanatorium ludowe w Małorycie.

Zorganizowano dla pielęgniarek poradni kurs dokształcający w Państwowej Szkole Higieny.

Uporządkowano rejestrację chorych, uproszczono i ujednostajniono diagnozę według klasyfikacji Seweryna Sterlinga.

Organizowano odczyty i wystawy.

Ustalono ścisłą współpracę ze wszystkimi czynnikami miarodajnymi, zainteresowanymi walką z gruźlicą, stopniowo przygotowując przekazanie swego aparatu leczniczo - zapobiegawczego (w postaci sieci poradni) władzom samorządowym.

Oddając sieć poradni przeciwgruźliczych Zarządowi Miejskiemu m. st. Warszawy T-wo zamyka **drugi historyczny okres** swej działalności, przekazując czynnikom odpowiedzialnym za

zdrowie publiczne wykonanie we własnym zakresie obowiązku podstawowego, jakim jest walka z chorobami społecznymi na czele z gruźlicą.

Mijały lata, torując drogę następcom, odchodzili jedni, przychodzili drudzy. Odszedł dr Sokołowski. Miejsce jego zajmowali kolejno Emil Gerlach, dr med. Wincenty Bogucki, Franciszek Karpiński.

Rok 1944 w wolnej ojczyźnie, w oparciu o własny rząd i samorząd, o współczeną organizację służby zdrowia pozwoli T wu w pełni rozwinąć **trzeci okres swej działalności.**

Plan tej pracy przemyślanej w dłuższych i gorących dyskusjach w okresie pełnego osamotnienia, scharakteryzował dr Hewelke już w roku 1912 w sposób następujący:

„T-wo powinno mieć na oku głównie cele higieniczno - profilaktyczne i naukowe".

Ogromne zdobycze medycyny zapobiegawczej w zakresie walki z gruźlicą otwierają obecnie szerokie pole dla czynnej akcji profilaktycznej. Masowy przegląd poszczególnych grup wieku, akcja Pirquet'owska, masowe szczepienia ochronne, nie mieszczą się wyłącznie w ramach pracy poradnianej, obejmującej obecnie opiekę nad liczną grupą chorych na gruźlicę, wymagających przeprowadzenia na szeroką skalę zabiegów leczniczych (odma, zastrzyki itp.).

To też na pomoc poradni, działających wśród gruzów i ruin Warszawy, pośpieszyły T-wa Przeciwgruźlicze Szwedzkie i Duńskie.

Powstająca z gruzów Warszawa i jej odrodzone T-wo Przeciwgruźlicze niebawem będzie w stanie podjąć i poprowadzić tę akcję.

Głuszona w okresie wojny praca naukowa powinna również znaleźć na terenie tej placówki społecznej najdogodniejsze warunki rozwojowe, kładąc podwaliny do przyszłej współczesnej utawy przeciwgruźliczej, uzgodnionej ze zdobyczami wiedzy lekarskiej i duchem współczesnego ustawodawstwa.

Korzystając z popularności i uznania społeczeństwa, zdobytych w znojnym trudzie długich lat ofiarnej pracy T-wo rozpo-

czyna akcję propagandową, wznawiając w październiku r. b. starą tradycję „Dni Przeciwgruźliczych".

Jest to powszechna mobilizacja mieszkańców stolicy do walki z gruźlicą, do wykonania testamentu pozostawionego przez tych, co odeszli, pracując całe życie dla dobra przyszłych pokoleń. W ten sposób T-wo kroczyć będzie szczebel po szczeblu, ponad już przebyte, skracając drogę do jasnego celu, jakim jest zdrowie publiczne.

Dr Maria Dworzaczek

Akcja Przeciwgruźlicza na terenie m. st. Warszawy

Gruźlica płuc jest udręką dla chorego i niebezpieczeństwem dla jego otoczenia, jest pozatym ruiną materialną dla jego rodziny, jednocześnie jako jedna z głównych przyczyn przedwczesnej śmierci lub trwałego inwalidztwa szerokich mas — stanowi klęskę biologiczną i ekonomiczną narodu.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie łączna liczba zgonów na gruźlicę jest mniejsza niż obecnie w Polsce, samo utrzymanie łóżek sanatoryjnych i szpitalnych pochłania około 100.000.000 dolarów rocznie. W Polsce straty ekonomiczne Państwa z tytułu rocznej umieralności na gruźlicę (około 60.000 zgonów) i utraconych dni roboczych — wynoszą miliard trzydzieści pięć milionów zł. w złocie.

Rozpowszechnienie gruźlicy wśród ludności w Polsce, jest najwyższe ze wszystkich krajów Środkowej i Zachodniej Europy.

Mamy umieralność na gruźlicę osiem razy wyższą niż w Danii i Stanach Zjednoczonych, a półtora razy wyższą niż we Francji. Widzimy więc jak ważną sprawą wszystkich państw a zwłaszcza Polski — jest Akcja Przeciwgruźlicza, prowadzona po przez masowe zdjęcia małoobrazkowe ludności, kontrolę administracyjną i szczepienia masowe ludności z ujemnym odczynem tuberkulinowym. (Szczepionka B.C.G., metodą dousttną dla

niemowląt (tymczasowo); skaryfikacyjną u nas, we Francji i w krajach Bałkańskich, oraz podskorną duńską).

Szczepieniami szczepionką B.C.G. należy obejmować przede wszystkim reagujących ujemnie na próbę tuberkulinową kandydatów do zawodu lekarskiego, pielęgniarskiego, nauczycielskiego, kandydatów do pracy przy chorych w sanatoriach i szpitalach, młodzież w wieku przedpoborowym i synów wsi, udających się na dłuższy pobyt do miast.

Wartość zdjęć małoobrazkowych, pozornie zdrowej ludności celem wyszukiwania przypadków gruźliczych, opiera się na fakcie, że promieniami roentgena można wykryć wczesne okresy choroby, które wyprzedzają znacznie wystąpienie objawów fizykalnych. W ten sposób metoda ta daje możność rozpoznania choroby w okresie, kiedy rokowanie jest pomyślne.

U nas w Warszawie w tej chwili jest czynny jeden aparat do zdjęć małoobrazkowych w poradni Szwedzko - Polskiej. W okresie od połowy marca 1946 r. do 31.VIII.1947 r. wykonano ogółem 74.825 zdjęć.

Czynnych spraw gruźliczych i podejrzanych, wymagających kontroli klinicznej, stwierdzono wśród dorosłych w zakładach pracy 1.868 przypadków, ogółem zaś około czterech i pół tysiąca, w tym gruźlicy otwartej 838.

Dla przebadania tych chorych przeprowadzono akcję specjalną na terenie m. st. Warszawy. Pielęgniarki rejonowych poradni przeciwgruźliczych dokonały 1340 wywiadów dla ściągnięcia chorych miejscowych i rozesłano poza Warszawę przeszło 500 zaproszeń celem zgłoszenia się chorych do najbliższych rejonowo poradni przeciwgruźliczych.

W akcji tej przebadano:

w	I	Ośrodku Zdrowia	Belgijska 4	118
„	II	„ „	Wiejska 19	264
„	VI	„ „	Słowackiego 45	90
„	VIII	„ „	Czerniakowska 137	28
„	IX	„ „	Płocka 26	125
„	XV	„ „	Jagiellońska 34	304
„	XVI	„ „	Grochowska 337/39	180
			Razem	1109

Do sanatoriów z akcji specjalnej wysłano 250 osób.

Problemy jakie gruźlica stawia nam w Europie do rozwiązania są liczne i różnorodne. Mogą one być rozwiązane wspólnym wysiłkiem organizacji prowadzących wzajemnie dopełniającą się akcję zapobiegawczą i leczniczą.

Konieczna jest współpraca pomiędzy lekarzami, wydziałem walki z gruźlicą, a przychodniami, sanatoriami i organizacjami społecznymi o charakterze dobroczynnym (Op. Społ.) i urzędowym (Ubez. Społ. „ZUS“ i M. P. Lekarska).

Zasadniczą sprawą w założeniu organizacji, która odpowiadałaby powyższym wymaganiom, jest posiadanie możliwie najdokładniejszych danych co do ilości osób cierpiących na gruźlicę na danym terenie (m. st. Warszawy).

Dlatego konieczne jest wprowadzenie przymusowego zgłaszania przypadków gruźlicy płuc i gruźlicy poza płucnej. Obowiązek ten winien dotyczyć wszystkich wolno praktykujących lekarzy, domowych lekarzy Ubez. Społ. lekarzy M. P. Lekarskiej i szpitali. Rejonowe Poradnie Przeciwgruźlicze winny przekazywać dane te do Sekcji Walki z gruźlicą m. st. Warszawy.

Bardzo wskazane jest prowadzenie rejestracji systemem kartoteki wszystkich przypadków gruźlicy według następujących danych — imię, nazwisko, adres, zajęcie — czy chory leczy się w domu, w sanatorium lub w szpitalu.

Sekcja Walki z Gruźlicą Resortu Zdrowia m. st. Warszawy kartotekę taką prowadzi i dla dorosłych i dla dzieci.

Resort Zdrowia posiada na terenie m. Warszawy 19 Poradni Przeciwgruźliczych w tym 11 Poradni z Rentgenem własnym i 3 z Rentgenem szpitalnym.

Poradnie Przeciwgruźlicze przyjmują wszystkich zgłaszających się.

Pozatym są 2 Poradnie dla gruźlicy kostno-stawowej dla dzieci, przy X Ośrodku Zdrowia na Litewskiej 16 i przy XI Ośrodku Zdrowia na Działdowskiej. Odczuwa się brak poradni dla gruźlicy kostno - stawowej dla dorosłych.

Resort Zdrowia — Sekcja Walki z Gruźlicą dąży do uruchomienia Poradni Przeciwgruźliczych we wszystkich Ośrodkach Zdrowia, zwłaszcza w dzielnicach Warszawy bardzo zagęszczonych jak daleki Grochów (w XVII Ośr. Zdr.) Nowe Bródno i Pelcowizna (w XVIII Ośr. Zdr. w trakcie tworzenia).

Uruchomienie tych Poradni wskutek braku lokali i lekarzy — natrafia na duże trudności. Kredyty przydzielane na ten cel są bardzo skromne.

Aby uruchomić całą akcję przeciwgruźliczą i postawić ją na odpowiednim poziomie potrzebne są odpowiednie środki finansowe.

Bezpośrednim następstwem zgłoszenia chorego na gruźlicę, lub podejrzanego o nią, winno być zbadanie chorego przez specjalistę fizjologa w poradni rejonowej przeciwgruźliczej, poczym po stwierdzeniu gruźlicy, zarejestrowanie go w poradni i objęcie pod całkowitą opiekę.

Opieka ta winna obejmować kontrolę zdrowia rodziny, regulować odpowiednimi wskazówkami tryb życia i warunki domowe chorego, uwzględniać pomoc materialną dla danego chorego. Opiekę tę pełnią rejonowe pielęgniarki, lekarze opiekujący się chorym i organizacje społeczne, bądź urzędowe, przewidujące w razie konieczności leczenie sanatoryjne, szpitalne, lub prewentoryjne.

Raz na miesiąc pożądane są odwiedziny pielęgniarek w środowiskach, gdzie chory na kuracji pozostaje w domu. W wypadkach gdy pacjent leczony jest w sanatorium lub szpitalu wystarczają okolicznościowe odwiedziny dla sprawdzenia stanu zdrowia pozostałej rodziny i przekonania się jakie są jej warunki życiowe.

Konieczne jest odkażanie mieszkania po wysłaniu chorego do sanatorium lub szpitala oraz pościeli, ubrań i przedmiotów przezeń używanych.

Uświadamianie pacjentów przez zakłady lecznicze (sanatoria, szpitale, poradnie przeciwgruźlicze) co do prostych metod unikania zakażenia swego otoczenia, o konieczności oddzielnych naczyń stołowych, ręczników, sypiania oddzielnie w innym pokoju

lub wrazie niemożności na oddzielnym posłaniu i wydawanie spluwaczek, to zasadnicze sprawy walki z gruźlicą.

Leczenie gruźlicy w zakładach zamkniętych, sanatoriach, szpitalach przez Resort Zdrowia m. st. Warszawy:

	Wiek	Ogólna ilość miejsc	Cp. Społ.	M. P. L.
Sanatoria dla dzieci:				
Międzylesie ‚Ostoja Zdrowia Dziecka" .	2 — 10	80	50	1
Świder — Liga Szkoln. Przeciwgruźlicza	6 - 16	60	17	12
Otwock — Szwedzko-Polskie	2 m. — 18	450	90	20
„ — „Imperial" C.K.O.S.	4 — 14	100	35	13
„ — „Palladium" C.K.O.S. . . .	4 — 18	110	60	8
„ — „Ostrówek" L. Szk. P. . . .	6 - 18	60	29	4
	Razem .	860	339	
Sanatoria dla dorosłych:				
Świder — Warsz. Tow. Przeciwgruźl. .		94	35	5
Otwock — Powiatowe		100	14	3
„ — Miejskie		288	82	70
Rudka — Sanat. dla Chor. Piersiowych .		150	70	5
Zakopane — Akademickie		150	30	—
	Razem .	782	314	

Obecnie odczuwa się dużą potrzebę izolatorium dla gruźlików, którzy przez szereg miesięcy blokują miejsca w sanatoriach, nie chcąc wyjechać, motywując brakiem mieszkania, lub małymi dziećmi w otoczeniu, a nawet brakiem środków do życia

Perspektywy na przyszłość — konieczność uruchomienia dla dorosłych Domów Pracy, sanatoriów nocnych i utworzenia izolatoriów dla chroników dorosłych. W trakcie jest uruchomienie izolatorium na 150 łóżek w Górze Kalwarii.

Zabezpieczenia, które należy poczynić:

1) Zapewnienie odpowiednich mieszkań;

2) Higieniczne warunki w fabrykach i warsztatach pracy;

3) Odpowiednie i wystarczające wyżywienie;

4) Uświadomienie jednostek o zachowaniu prostych zasad bytowania w odniesieniu do pracy, odpoczynku i używania rozrywek.

Ryzyko nieostrożnego kaszlania i plucia musi być stale podkreślane. Skutecznym sposobem uchronienia młodzieży od infekcji jest zakładanie prewentoriów dla małych dzieci i szkół na wolnym powietrzu dla starszych, gdzie dzieci z rodzin gruźliczych, nawet z Pirquetem ujemnym, mogłyby być wysyłane. Domy te prowadzone nie luksusowo, nie wymagałyby wielkich wydatków.

Istnieje konieczność zwiększenia miejsc w prewentoriach przynajmniej o 100 łóżek, w tym dla dzieci w wieku od 2 — 5 lat. Jakie są rozmiary powyższego zagadnienia, w jaki sposób można je rozwiązać i jakie kroki administracyjne muszą być poczynione, zależy od warunków danego kraju. Możność zatrudnienia gruźlików przy pracach nad tworzeniem planów gospodarki powojennej w Anglii wniosła sprawę zatrudniania niezdolnych do pracy członków społeczeństwa i wprowadziła w życie jednolity plan zarobkowania wszystkich klas obywateli (niezdolnych do pracy) włącznie z gruźlikami.

Rezultatem tych wspólnych wysiłków było wydanie w roku 1943 „Białej broszury" zawierającej zarządzenia, które ujęte w ustawę o zatrudnieniu osób niezdolnych do pracy, weszły w lutym 1944 roku w życie.

Przywrócenie możności zatrudnienia, czyli tzw. rehabilitacja chorego, jest to forma leczenia, która przygotowuje pacjenta do podjęcia pracy dostosowanej do obecnego zdrowia i osobistych jego możliwości, bez względu na to, czy leczenie jego odbywało się w sanatorium, szpitalu, na kolonii wiejskiej, czy w domu.

Ostateczną fazą rehabilitacji jest udzielenie pacjentowi pomocy materialnej, całkowitej lub częściowej; żadnej bowiem formy leczenia sanatoryjnego lub w zakładach leczniczych nie można uważać za kompletną, o ile nie wyznaczy się pacjentowi trybu życia, jaki ma prowadzić po ukończeniu kuracji ściśle lekarskiej. Chodzi o to, by po opuszczeniu sanatorium, nie chodził chory z pustą kieszenią i troską o znalezienie pracy.

Okres stopniowego powrotu z rekonwalescencji do pełnej zdolności do pracy, jest często pozostawiany samemu choremu, czego rezultatem jest ponowne zaostrzenie gruźlicy. Koncepcja zało-

żenia kolonii wiejskich jest idealną, ale nie jedyną, formą właściwej rehabilitacji chorego.

Jeżeli chory po wyjściu z sanatorium nie może powrócić do swojej normalnej pracy, lekarz sanatorium winien wskazać choremu odpowiednią fizyczną pracę, którą mógłby podjąć ostrożnie ją stopniując przy regulowaniu ruchu i spoczynku.

Dla chroników, często z dodatnim wynikiem analiz plwociny, należy tworzyć izolatoria, gdzie we własnych warsztatach pacjenci z otwartą gruźlicą wykonywaliby dobrowolnie według przydziału na podstawie segregacji różnorodne prace przemysłowe. (Mogą również niektóre instytucje prywatne lub państwowe zatrudniać osoby nie prątkujące).

Należałoby zorganizować Towarzystwo o charakterze społecznym, które w porozumieniu z miejscowymi władzami zagwarantowałoby rynki zbytu dla towarów wyrabianych przez pacjentów w swych zrzeszeniach — nawet przy zmniejszaniu zamówień w odnośnych fabrykach na korzyść instytucji społecznych. Zagadnienie ochrony pracy jest szczególnie ważne w przypadkach otwartej gruźlicy.

Skuteczna rehabilitacja nie da się odczytać na karcie choroby, ale objawia się dobrym samopoczuciem, zadowoleniem, przedłużaniem życia naszych pacjentów. W Anglii przy stwierdzeniu gruźlicy płuc Poradnie Przeciwgruźlicze płacą pewne zapomogi dla przeprowadzania leczenia w domu.

W razie konieczności wyjazdu do sanatorium, lub pobytu w szpitalu rodzina pracującego chorego otrzymuje 2 funty tygodniowo, na każde dziecko powyżej 16 lat 12 szylingów tygodniowo, na mniejsze dzieci odpowiednio mniej. Jeżeli chory nie idzie do sanatorium lub szpitala, ma warunki leczenia dobre w domu, nie pracując otrzymuje 25 szylingów tygodniowo, dla rodziny dodatkowe opłaty jak wyżej. Na mieszkanie, opał przewiduje się dodatkowe sumy tygodniowo. Jeżeli chory ma Ubezp. Społeczną lub renty inwalidzkie to odliczają mu z opłat tygodniowych to, co otrzymuje z Ubezp. Społ. Jeżeli pobiera pensje w prywatnych instytucjach, to też mu się to odlicza. W razie

specjalnych zobowiązań płatniczych pacjenta, sprawy te są brane pod uwagę i pacjent dostaje dodatkowe zapomogi do 10 szylingów tygodniowo, przy czym brane są zarobki rodziny pod uwagę. W razie choroby kobiety zajmującej się gospodarstwem, a wyjeżdżającej do sanatorium, domownicy otrzymują 10 szylingów tygodniowo na opłacenie pomocy domowej.

Wszystkie te pomoce dopomagają pacjentowi do przeprowadzenia i ukończenia leczenia, gdyż bliscy jego są objęci opieką lekarską w Poradniach Przeciwgruźliczych i pomocą pieniężną przez Ośrodki Zdrowia.

W niektórych częściach kraju istnieją rejonowe Komitety Opieki nad gruźlicą, które dopomagają chorym w opłacaniu ubrania, dodatkowego odżywiania, w otrzymaniu odpowiedniej pracy po powrocie z sanatorium lub ze szpitala względnie, przy leczeniu domowym, w otrzymaniu lepszego mieszkania. O Komitetach rejonowych dowiadują się chorzy w swoich Poradniach Przeciwgruźliczych. Sprawę tę w Polsce będzie mogła uregulować Ustawa Przeciwgruźlicza, która w najbliższym czasie ma wejść pod obrady Sejmu.

Dr Marian Roszkowski

Ratujmy się od gruźlicy

Przed wojną w samej tylko Warszawie co osiem godzin umierał jeden człowiek na gruźlicę, a w całej Polsce co kwadrans.

Winowajcą tej choroby jest lasecznik Kocha. Źródłem zarazy jest głównie chory człowiek, który przy kaszlu wydziela masę plwociny, zawierającej miliony zarazków. Plwocina wysycha i tą drogą powstaje zakażenie gruźlicą. Prócz tego chorzy przy silnym kaszlu rozpylają zarazki w otoczeniu. Stąd powstaje tak zwane kropelkowe zakażenie.

Nadto zakażenie może nastąpić przy karmieniu dzieci łyżką chorego, szklanką itd. Chorzy winni pluć tylko do odpowiednich spluwaczek. Zakażenie gruźlicą może również nastąpić przez picie nieprzegotowanego mleka od krów gruźliczych, których odsetek dochodzi do 70%. Nie pijmy więc mleka niegotowanego.

Od zachorowania na gruźlicę w znacznej mierze chroni szczepionka BCG, którą się stosuje u niemowląt w pierwszych 10 dniach życia doustnie, a obecnie i u dzieci starszych doskórnie, jak szczepienie ospy. Podług Dra Zeylanda śmiertelność wśród szczepionych jest pięciokrotnie mniejsza niż u nieszczepionych.

Osoby, które uległy zakażeniu gruźlicą, określa się przez badanie tuberkuliną.

Polska należała już przed wojną do krajów najbardziej dotkniętych gruźlicą. Według Dra Zeylanda stwierdzono, że w miastach u dzieci, wstępujących do szkoły powszechnej, a więc siedmioletnich, próba tuberkulinowa (Priqueta) występowała dodatnio około 35%. Przy opuszczeniu szkoły, a więc u młodzieży wieku czternastu lat, odsetek wynosił 55 — 60%.

Wyniki badań tuberkulinowych w roku 1946 w Warszawie wykazały 55,7% dziatwy zagruźliczonej, a w Bydgoszczy 43,3%.

Liczne badania Roentgenologiczne, wykonane w 1946 roku przez poradnię Polsko - Szwedzką, wykazały zmiany gruźlicze u 3.109 osób na 36.083 badanych, co daje 8,61%.

Badania wśród młodzieży akademickiej wykazały zmiany gruźlicze u 7,6% badanych, w tym gruźlicę zakaźną rozpadową wykryto 2,3%, gruźlicę czynną niezakaźną 5,3% na 24.439 badanych.

Dr Telatycki ustala przypuszczalną ogólną chorobowość na gruźlicę w miastach na 6,5%, co stanowi 520.000 osób chorych na gruźlicę.

Zagruźliczenie wsi polskiej jest o połowę mniejsze i wynosi, z dużym prawdopodobieństwem, 3,25%, co stanowi 450.000 chorych na gruźlicę na wsi, przy 14.000.000 mieszkańców wsi, Razem dla całej ludności Polski będziemy więc mieli 970.000 osób chorych na gruźlicę.

Tablica zgonów:

rok	1938	przy	wskaźniku	16,5	—	zgonów	w Polsce	36,300
„	1939	„	„	22,1	—	„	„	46.420
„	1940	„	„	27,7	—	„	„	58.940
„	1941	„	„	33,3	—	„	„	73.260
„	1942	„	„	38,9	—	„	„	85.580
„	1943	„	„	44,5	—	„	„	97.900
„	1944	„	„	50,0	—	„	„	110.000
„	1945	„	„	40,0	—	„	„	88.000
„	1946	„	„	29,3	—	„	„	64.600
							razem	524.700

Dołączona tablica, ułożona przez Dra Telatyckiego, przedstawia wskaźnik i liczbę zgonów na gruźlicę w Polsce od 1938 do 1946 r. włącznie.

Nadwyżkę zgonów z powodu gruźlicy w czasie okupacji niemieckiej w Polsce Prof. Dr Telatycki określa na 234.300 osób, co stanowi stratę materialną Polski 4.128.975.000 zł. w złocie, spowodowaną wzrostem gruźlicy wskutek polityki okupanta niemieckiego. Ze statystyki i leczenia gruźlicy wiadomo, że przede wszystkim wiek niemowlęcy i okres wczesnego dzieciństwa, oraz okres dojrzewania płciowego, są okresami najniebezpieczniejszymi dla tej choroby, czyli gruźlica najwięcej dziesiątkuje dzieci i młodzież naszą — przyszłość narodu.

Ratować dzieci zagrożone gruźlicą i chore jest obowiązkiem Rządu, Zarządu gmin i społeczeństwa.

Ratować — to znaczy odosobnić chore i umieścić je w sanatoriach, a zagrożone w prewentoriach. Dać im odpowiednie powietrze, pożywienie i leczenie.

Przed wojną na terenie Warszawy z gruźlicą u dorosłych walczyło Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, oraz Brius i TOZ, a wśród dzieci — Liga Szkolna Przeciwgruźlicza, prowadząc sanatoria, prewentoria, szkołę w lesie, poradnię i kolonie lecznicze.

Liga została założona w roku 1923. Założycielami byli lekarze: Dr Janina Miklaszewska, Dr Marian Roszkowski i ówczesny naczelny lekarz szkolnictwa Dr Jan Szmurło.

Prezesem Zarządu Ligi od jej powstania do 1943 roku był Dr Marian Roszkowski.

W czasie okupacji niemieckiej zakłady Ligi przechodziły ciężkie chwile. Kolonia w Urlach i prewentorium w Starej Miłośnie, zostały zupełnie zniszczone, a inwentarz rozgrabiony również w Nowym Mieście i Ciechocinku. W czasie oswobodzenia przez wojska radzieckie i polskie od okupanta niemieckiego terenów prawobrzeżnych i odcięcia od Warszawy Zarządu — Liga miała komisaryczny zarząd w osobie Ob. Gilewskiego Włodzimierza, a następnie kuratora w osobie Ob. Dra Jerzego Suchanka. W marcu r.b. zostało zwołane ogólne zebranie członków Ligi dla przeprowadzenia wyborów Zarządu i zatwierdzenia sprawozdania za czas ubiegły.

W roku bieżącym dobiega 25 rok istnienia Ligi. W tym okresie czasu, przez Sanatoria i Prewentoria Ligi przeszło około 5.000 dzieci i młodzieży, z których większość uzyskała zdrowie, dalej na koloniach leczniczych Ligi przebywało około 50.000 tys., a z półkolonii korzystało przeszło 400.000 dzieci.

Obecnie po wojnie, Towarzystwa te, popierane przez Ministerstwo Zdrowia i Resort Zdrowia m.st. Warszawy, walczą dalej z gruźlicą, prowadząc sanatoria i prewentoria. Nadto Liga w roku bieżącym, dzięki wydatnej pomocy Ministerstwa Zdrowia, uruchomiła kolonię zdrojową w Ciechocinku.

Obecna liczba członków Ligi dosięga cyfry 500, z której przez dwa miesiące korzystało 150 dzieci.

Liga więc prócz Ciechocinka prowadzi Sanatorium Ostrówek dla otwartej gruźlicy na 75 łóżek, w Świdrze dla zamkniętej gruźlicy na 110 łóżek i dwa Prewentoria, w Aninie i Nowym Mieście po 50 łóżek, razem około 300 łóżek.

Obecny Zarząd prócz uruchomienia Ciechocinka, krząta się koło odbudowy spalonego Prewentorium Marianówka w Otwocku i zabiega o rozszerzenie Sanatorium Ostrówka dla otwartej gruźlicy.

Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze i Liga Szkolna Przeciwgruźlicza, urządzają za zezwoleniem Władz „Tydzień Przeciwgruźliczy", od dnia 19 — 25 b.m., połączony z wystawą i zbiórką uliczną, które mają na celu krzewienie zasad higieny, zapobiegających tej chorobie i zwiększenie funduszów na walkę z nią.

Daj grosz na walkę z gruźlicą !

Pamiętaj, że dając na leczenie innych, ochraniasz siebie i swoich bliskich od tej strasznej choroby.

Dr Feliks Pąkciński

Z działalności Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego Sanatorium „Dom Zdrowia" w Świdrze

Z pomocą najuboższym chorym na gruźlicę śpieszy Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, powstałe w 1903 r. dzięki inicjatywie światłych obywateli i ofiarnych działaczy społecznych, jak śp. prof. Alfred Sokołowski, śp. dr Wincenty Bogucki, śp. Franciszek Karpiński, śp. Emil Gerlach, dr Stanisław Stypułkowski. Organizuje ono społeczeństwo warszawskie, uświadamia je za pomocą odczytów i pogadanek o konieczności wspólnego wysiłku w walce z wielką klęską gruźlicy i zbiera potrzebne środki materialne. Te ostatnie są, wobec ogromu potrzeb, ciągle za szczupłe. Liczyć można było w pierwszym okresie jedynie na filantropię społeczną, która często zawodziła. Z pomocy Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego już w pierwszych latach jego istnienia korzystało wielu chorych, lecz była to raczej pomoc doraźna.

Dopiero w r. 1912 W. T. P. otwiera pierwsze sanatorium ludowe pod Karczewiem, które pod nazwą „Leśniczówka", czynne było do roku 1917. Drugie sanatorium ludowe powstaje w r. 1924 w Małorycie na Polesiu. Wreszcie trzecie sanatorium tego

typu otwiera W. T. P. w r. 1935 w Świdrze pod Warszawą, w dawnym sanatorium dra Bronisławy Dłuskiej.

Sanatorium to znane jest pod nazwą „Dom Zdrowia im. Dr-ów Kazimierza i Bronisławy Dłuskich". Jest to 2-piętrowy, zaopatrzony w werandy budynek, położony w sosnowym — 3-hektarowym parku, w doskonałym i bardzo odpowiednim dla sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc, klimacie. Doświadczenie uczy, że nie istnieje klimat o specyficznym działaniu leczniczym na tę chorobę. Tym niemniej jednak istnieje cały szereg czynników klimatyczych, mających doniosły wpływ na ostateczny wynik leczenia gruźlicy. Do tych czynników należy czystość powietrza, jego względna suchość, właściwości gleby, ochrona przed wiatrami itp. Tym podstawowym czynnikom miejscowość Świder odpowiada znakomicie. Oddalenie od większych skupisk ludzkich i drogowych szlaków komunikacyjnych warunkuje czystość powietrza, a brak w okolicy stojących wód i mokradeł oraz wielka przepuszczalność gleby — jego suchość. Zalesienie miejscowości stanowi dostateczną ochronę przed wiatrami, wywierając poza tym różnorodny i tak charakterystyczny dla drzew iglastych, wpływ na właściwości klimatyczne Świdra.

Budynek Sanatorium liczy 100 łóżek, które od 12 lat wykorzystywane są przez chorych na gruźlicę płuc, przeważnie mieszkańców Warszawy. Sanatorium w Świdrze przyjmowało i przyjmuje nie tylko chorych ubezpieczonych, ale również i tych wszystkich, którzy nie mieli albo utracili uprawnienia do leczenia na koszt ubezpieczeń społecznych i pozostała im niezawodna pomoc ze strony Warsz. Tow. Przeciwgruźl. i Miejskiej, lub Wojewódzkiej Opieki Społecznej.

Doniosłą rolę odegrało Sanatorium w czasie ostatniej wojny, kiedy to przez dłuższy okres było jedynym sanatorium w Polsce, w którym mogli się leczyć Polacy. Warsz. Tow. Przeciwgruźl. i jego Sanatorium należało do tych nielicznych instytucji polskich, których potrzebie istnienia nie mógł zaprzeczyć nawet hitlerowski okupant. Dzięki temu wielu chorych mogło korzystać w tym czasie z leczenia sanatoryjnego. Wyniki leczenia, mimo wówczas niedostatecznego kalorycznie wyżywienia, przy

wyzyskaniu właściwości klimatu i szerokim stosowaniu zabiegów, były na ogół dobre.

W chwili wybuchu Powstania w Warszawie Sanatorium było wypełnione przez chorych, a zapasy żywności skromne. Przez długich sześć miesięcy znajdowało się na linii frontu pod ustawicznym obstrzałem artyleryjskim. Personel dokonywał dużych wysiłków aby wyżywić 100 osób. W najbardziej krytycznym momencie przyszło Zakładowi z pomocą Dowództwo Armii Polskiej, które przydzieliło chorym żywność ze swoich zapasów. W ten sposób przy quasi-normalnym funkcjonowaniu Sanatorium, z zachowaniem godzin werandowania, posiłków i regulaminu, przetrwało ono najcięższe czasy w strefie przyfrontowej. Sanatorium w tym czasie było schronieniem dla wielu chorych, którzy stracili dach nad głową i często swoich najbliższych w walczącej bohatersko i spowitej w kłębach dymu stolicy. Wszyscy byli sobie wtedy bardzo bliscy, a równocześnie wobec wydarzeń — tak bezsilni.

Chciałbym, pisząc o Sanatorium z okresu wojny, podkreślić ważny moment, któremu Sanatorium w głównej mierze zawdzięcza swe istnienie w czasie okupacji. Otóż Zarząd Warsz. T-wa Przeciwgruźliczego, który nie zaprzestał w tym czasie swej działalności, sprawował z konieczności swe funkcje w sposób dyskretny, tym niemniej troskliwie, z wielkim poczuciem odpowiedzialności i odwagi.

Jeśli zaś Sanatorium w tych ciężkich czasach mogło funkcjonować — to jest to bezsporną zasługą wszytkich pracowników Zakładu, którzy do tego przyczynili się swoją ciężką i ofiarną pracą.

Dzisiaj, kiedy lecznictwo sanatoryjne, organizowane szeroko przez Ministertwo Zdrowia liczy 12.000 łóżek, liczba 100 łóżek w Sanatorium w Świdrze jest skromnym ułamkiem w pracy nad zwalczaniem gruźlicy, lecz jeśli się zważy wysiłek Warsz. T-wa Przeciwgruźl. włożony w organizowanie walki z gruźlicą w Polsce — to stwierdzić należy objektywnie, że jest to wkład ogromny.

Wysiłek ten, o charakterze pionierskim, wyraził się w szla-

chetnej formie niesienia pomocy poprzez sanatoria ludowe ludności najbiedniejszej w jej walce o odzyskanie zdrowia.

Warsz. T-wo Przeciwgruźl. odegrało w Polsce rolę czołówki na froncie walki z gruźlicą.

J. Starczewski

Zapobieganie gruźlicy — obowiązkiem każdego

Odkrycie prątków gruźlicy przez Roberta Kocha w dziejach medycyny było wydarzeniem epokowym. Skierowało ono bowiem na nowe drogi zarówno diagnostykę, jak i leczenie choroby.

Wskazując drogi, którymi szerzy się gruźlica, Koch uprzytomnił ludziom, jak bardzo są od siebie zależni — jak łatwo można zarazić gruźlicą — jak bardzo wiele zależy od zachowania się jednego obywatela wobec drugiego — jak często człowiek może stać się mimowolnym sprawcą nieszczęścia swego bliźniego.

Gdyby można było historię poszczególnych zachorowań na gruźlicę pisać od samego początku — gdyby mianowicie można było ustalić, w jaki sposób nastąpiło zarażenie — jakże często okazałoby się, że zarazek wtargnął do organizmu, by stać się źródłem zachorowania — często śmiercią zakończonego — tylko wskutek bezmyślności, czy nieuświadomienia kogoś, kogo ten, który się zaraził, nawet nie znał, jak się nie zna sąsiada z tramwaju, czy pociągu.

A ileż to dzieci zarazili gruźlicą najbliżsi krewni... z nadmiaru czułości, całując je w usta. Ileż dzieci przypłaciło tę czułość nie tylko chorobą, ale i śmiercią. Ileż dzieci zaraziło się gruźlicą bawiąc się w parku piaskiem, który bezmyślnie został przedtym przez przechodniów opluty.

Odkrycie Roberta Kocha to wielkim głosem przypomniane piąte przykazanie „NIE ZABIJAJ!".

Ludzkość zrozumiała, jak łatwo przykazanie to można przekroczyć — że zabić człowieka można nie tylko uderzeniem, czy wystrzałem, lecz że zabić można również kichnięciem, kaszlnięciem bądź splunięciem. I że śmierć tak zadana jest bardzo ciężka. Poprzedza ją bowiem długi okres cierpień chorego. Walka o życie gruźlika, jakże często pociąga za sobą ruinę materialną jego rodziny, konieczność olbrzymich świadczeń instytucji ubezpieczeń społecznych itd. I mimo to, jakże często walka ta okazuje się bezowocną. Zrozumiała również ludzkość, że nieszczęście, o którym mowa, jest zwielokrotnione — bo ten, którego zarażono, z kolei zaraża innych — i innych za sobą do grobu pociąga.

Niestety smutne te prawdy o drogach, którymi szerzy się gruźlica, nie dotarły jeszcze do świadomości wszystkich obywateli.

I co smutniejsze — zaledwie część spośród tych, którzy prawdy te poznali, zmieniła odpowiednio swe postępowanie.

Toteż nie można ani na chwilę ustawać w akcji szerzenia podstawowych wiadomości o gruźlicy i jej zaraźliwości.

„Dni Przeciwgruźlicze", które organizowane są co roku w całym cywilizowanym świecie, przeznacza się na nasilenie tej właśnie propagandy. W okresie „Dni" przypomina się wszystkim, że są obowiązani do czynnego udziału w zapobieganiu gruźlicy, i to nie tylko przez przykładanie się do zwiększenia środków na akcję przeciwgruźliczą gromadzonych. Uświadamia się najszersze masy o tym, że każdy musi nauczyć się myśleć o innych, że musi zwalczyć w sobie przede wszystkim takie niewłaściwe nawyki, jak plucie na podłogę, bądź nieodpowiednie zachowanie się przy kichaniu i kasłaniu.

***

Na krótko przed powrotem do Polski wybrałem się do Sztokholmu do położonego niedaleko Drottningholmu. Gdy wraz z towarzyszącym mi urzędnikiem szwedzkiego ministerstwa służby społecznej zajęliśmy miejsca w wygodnych fotelach autobusu, uwagę moją zwrócił napis: „Gdy kaszlesz lub kichasz zasłoń usta wierzchem lewej dłoni". Muszę przyznać, że poczułem się nieco zaskoczony treścią tego napisu. Bo jakże to? Właśnie

w przeddzień rozmawialiśmy na temat walki z gruźlicą w Szwecji. Dowiedziałem się z zazdrością, że walka z gruźlicą poczyniła w Szwecji tak wielkie postępy, że w niedługim czasie nastąpi likwidacja około 20% ogólnej liczby łóżek w sanatoriach. No i przecież poziom kultury jest w Szwecji tak wysoki, że tego rodzaju przypomnienia wydawać by się mogły zupełnie zbędnymi.

Odpowiedział, że istotnie propaganda przeciwgruźlicza poszczycić się może w Szwecji wielkimi wynikami. Ale właśnie prowadzono ją m. in. tego rodzaju sposobami. Nigdy nie można przewidzieć — ciągnął mój rozmówca — że zbyt często przypomina się obywatelowi o tym, że powinien pamiętać o współobywatelach i oszczędzać im przykrości i cierpień. Toteż tego rodzaju napisy powinny pozostać tak długo, póki gruźlica nie zostanie ostatecznie pokonana. Napisy te są pożyteczne. Bo jeśli znajdą się tacy, którzy czytają je po raz pierwszy — na pewno zastanowią się nad ich treścią i zastosują się do nich. A ci, których stało się już przyzwyczajeniem zasłanianie lewą dłonią twarzy w czasie kichania, czy kasłania — czytając ten napis, mają przyjemną świadomość, że mogą sobie pomyśleć: jestem kulturalny — nikt bowiem z mego powodu cierpieć nie będzie. A świadomość, że się jest kulturalnym tym bardziej zachęca do tego, by i nadal kulturalnym pozostać.

Przypomniała mi się wówczas scena w warszawskim tramwaju, której byłem świadkiem przed wojną.

Na szybach widniały nalepki komitetu „Dni Przeciwgruźliczych". Spojrzawszy na nie konduktor wdał się w rozmowę z jakimś robotnikiem. „Co to panie za propaganda — niechby wybudowali sanatorium i lepiej jeść dali — ale kto o tym myśli". „Z tym się nie zgodzę — odpowiedział robotnik — bo nie tylko przez leczenie usuwa się gruźlicę, ale trzeba jej zapobiegać. Niechby tylko wszycy pasażerowie stosowali się do tego napisu: nie pluć — a pan ich upilnował — niejeden by się nie zaraził".

Na najbliższym przystanku wszedł jakiś pasażer i zakasławszy splunął na podłogę wagonu. Konduktor zwrócił mu uwagę. I tu stała się rzecz nieoczekiwana. Nie to, że konduktor został ob-

rzucony stekiem wyzwisk, ale, że prawie cała publiczność w tramwaju zachowała się wobec grubianina najzupełniej biernie.

Robotnik miał rację wówczas — miałby rację tym bardziej dziś, gdy tak się szerzy gruźlica i gdy tramwaje i pociągi stały się o wiele większym, niż przed wojną, stopniu, zbiornikami prątków gruźlicy. Nie stać nas na wybudowanie tylu sanatoriów, aby pomieścić w nich wszystkich chorych na gruźlicę. Tym bardziej przeto starać się trzeba jej zapobiegać.

Wywieśmy i my takie, jak w Szwecji, plakaciki w tramwajach, autobusach, pociągach i miejscach publicznych. Przestrzegajmy pilnie, byśmy nie stali się źródłem nieszczęścia, czy cierpienia innych obywateli.

Bądźmy więc kulturalni.

I miejmy odwagę żądać od innych, by stosowali się do tych nakazów, które stawiane są w imię kultury i solidarności społecznej.

Stawiane są zresztą również i w ich własnym interesie.

Al. Dargielowa

O dzieciach kalekich i dzieciach gruźliczych

W jednym z rozdziałów pięknej książki włoskiego autora p.t.: „Czar Dziecięctwa" czytamy: „Ten czar jest tak stary, jak poezja, jak samo życie nawet... Nie zmienia się ze zmianą krajów, rozciąga się poza ludzkość".

„Wśród ludzi czar dziecka sięga poza krąg bliskiej rodziny i przyjaciół: jest może najpospolitszym, najłatwiejszym i najpewniejszym węzłem, łączącym ludzi sobie nieznajomych. Dwoje oczu dziecięcych wywołuje uśmiech na nieznajomej twarzy spotkanej poraz pierwszy; cierpienie dziecka zatrzymuje prawie zawsze kroki przechodzącego mimo, choćby to był ktoś śpieszący się lub roztargniony".

Tak przygodnie spotkane cierpienie dziecka zatrzymuje śpieszącego się nawet przechodnia. Ale stałe cierpienia dzieci chorych i upośledzonych interesują przeważnie tylko najbliższą rodzinę oraz tych ludzi, którzy stale i specjalnie zajmują się tą kategorią dzieci.

A cierpień dziecięcych i upośledzeń jest mnóstwo: dzieci niewidome, głuchonieme, upośledzone umysłowo, chore psychicznie i wenerycznie, kaleki i upośledzone fizycznie, upośledzone moralnie.

Zagadnienie opieki i leczenie tej kategorii dzieci względnie niedawno stało się zagadnieniem społecznym. Przez długie lata obchodziło tylko najbliższą rodzinę i uważane było za dopust Boży.

Czasem wywoływało trwalsze współczucie u osób miłosiernego serca. Wtedy powstawały mniejsze lub większe ośrodki opieki, co jednak zawsze miało charakter filantropijny i przytułkowy.

Właściwie opieka nad dzieckiem upośledzonym przez naturę zaczęła się pod koniec XIX w., a rozwinęła się już w naszym stuleciu.

W krótkim czasie, przeznaczonym na napisanie niniejszego artykułu, udało mi się zebrać tylko fragmentaryczne dane.

Znany lekarz szwajcarski Guygenbill zaczął się zajmować leczeniem dzieci niedorozwiniętych w 1860 r. Następca jego Seguin stworzył cały system nietylko leczenia ale także wychowywania i nauczania tych dzieci. Za przykładem Szwajcarii poszły inne narody.

Powstał specjalny dział nauki, oznaczony specjalnym terminem — „pedagogika lecznicza", która obejmuje wszystkie nieprawidłowości wieku dziecięcego, zwłaszcza nieprawidłowości umysłowe.

Pod wpływem tego ruchu pedagogicznego — leczniczego powstają w różnych krajach zakłady dla każdego rodzaju upośledzenia. Wszędzie obok zabiegów leczniczych występuje nauka dzieci conajmniej na poziomie szkoły powszechnej, oraz szkolenie zawodowe, dostosowane do możliwości wychowanków.

Na kilka lat przed wojną miałam możność zwiedzenia Zakładu dla kalek w Pradze Czeskiej.

Widziałam tam chłopca bez rąk, który leżąc na jakimś specjalnym fotelu — szezlongu pisał i rysował nogą, mając ołówek wetknięty pomiędzy dużym i następnym palcem. Inny chłopiec bez rąk posługiwał się piórem lub ołówkiem, trzymając je w zębach.

Dzieci o bezwładnych kończynach, leżące stale, czytały, mając książkę na specjalnym pulpicie, podsuniętym do odpowiedniej dla oczu odległości. Dzieci o różnych ułomnościach, ale mające zdrowe ręce, robiły na drutach, haftowały, dziergały niciane guziki, robiły pudełka, oprawiały książki.

Kierownik zakładu, p. Bartos, udzielił nam szczegółowych informacyj. Jeden z uczestników naszej wycieczki, nieżyjący już Michał Wawrzynowski podał informacje p. Bartosa w jednym z zeszytów Szkoły Specjalnej w r. 1930.

Dowiedzieliśmy się wtedy, że opieka nad kalekami w Czechosłowacji datuje się od 1887 r. Zakłady dla kalek jednak nie leczyły wtedy, nie uczyły, do żadnej pracy nie przygotowywały.

Dopiero D. Jedliczko w 1919 zorganizował racjonalną opiekę lekarską i pedagogiczną, dzieląc wychowanków na pewne kategorie:

1) Kaleki, u których zabiegi lekarskie tak dalece usunęły przyczyny kalectwa, że w wielu wypadkach zupełnie, a w innych tylko w małym stopniu widoczne są ślady poprzedniego kalectwa.

2) Kaleki, które wskutek zabiegów lekarskich mogą poruszać się bez cudzej pomocy, chociaż kalectwo ich pozostawia widoczne ślady.

3) Jednostki o tak dużych deformacjach, że zabiegi ortopedyczne nie są już zdolne do zbliżenia ich wyglądu do wyglądu człowieka normalnego, względnie nie można zastąpić im brakujących części ciała.

4) Jednostki, które już stale będą potrzebowały opieki lekarskiej i pedagogicznej i u których nie ma już absolutnie możliwości doprowadzenia ich do normy.

5) Kaleki, w stosunku, do których opieka lekarska musi stanąć bezradnie.

W większości wypadków nauka odbywa się w zakładzie, uczą nauczyciele szkół powszechnych, a klasa liczy najwyżej 12-ro dzieci. Do szkół średnich i wyższyh młodzież jest dowożona z zakładu specjalnym autobusem miejskim.

Najczęściej stosowane zawody: szewctwo, krawiectwo, koszykarstwo, introligatorstwo, snycerstwo, kilimkarstwo, tokarstwo, ogrodnictwo.

Przeprowadzony był na terenie zakładu następujący eksperyment: Czterej ułomni o różnych defektach, założyli spółkę na terenie zakładu i pracowali pod kontrolą wychowawców 2 lata. Rezultat był dobry — opłacili swoje utrzymanie i zamortyzowali maszyny. Założyli później spółkę zarejestrowaną — 20 członków, w tym 10 kalek (według dzisiejszej terminologii spółdzielnię pracy). Przedsiębiorstwo dobrze prosperowało. Według zdania Dyr. Bartosa tylko w ten sposób praca wychowanków może dać dobre rezultaty — najpierw przy zakładzie, później samodzielnie.

W ciągu 5 lat od założenia zakładu było pod opieką ambulatoryjną 1785 kalek i pod stałą zakładową 1295.

Wykonano w tym czasie 1165 operacyj, po których 90% zostało całkowicie lub częściowo wyleczonych. Dyr. Bartos mówił o tym z radością i dumą.

Czy zakład istnieje nadal, czy żyje tak bardzo oddany kalekim dzieciom, Dyr. Bartos, nie wiem. Trudno mi było także znaleźć materiał do tego zagadnienia z innych krajów. Słyszałem tylko niedawno audycję radiową z Londynu na temat leczenia i pomocy dla kalek — ofiar wojny. Mówiono głównie o żołnierzach. Sądzę jednak, że i dzieci — kaleki w jakimś stopniu objęte są tą akcją.

Innym zagadnieniem wielkiej wagi dla wszystkich krajów jest opieka nad dziećmi gruźliczymi. Stanowią one duży odsetek wśród dzieci. W porę wyrwane ze złych warunków, często ze środowiska gruźliczego, i przeniesione do odpowiednich warunków, odzyskują zdrowie.

Przed wojną we Francji i w Anglii organizowane były dla dzieci zagrożonych gruźlicą całodzienne szkoły na otwartym powietrzu w ogrodach miejskich i lasach podmiejskich. Budynki dla takich szkół miały ruchome ściany, które można było usuwać przy ładnej pogodzie i zasuwać dla osłony od wiatru i deszczu. W programie nauki dużo godzin przeznaczano na gimnastykę, zwłaszcza oddechową.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki spotkać można było szkoły — statki. Krążyły one po morzu niedaleko brzegu, a dzieci oddychały czystym powietrzem i poddawały się naświetlaniu promieniami słońca. Dzieciom przybywało na wadze, zwiększała się elastyczność klatki piersiowej, potęgowała odporność na gruźlicę.

W Szwajcarii były specjalne szkoły dla dzieci z gruźlicą kości, dla dzieci przykutych do łóżka na szereg miesięcy a nawet lat.

Nasza Liga Szkolna Przeciwgruźlicza dobrze się zasłużyła społeczeństwu, uratowała bowiem wiele dzieci od ciężkiej choroby i śmierci, prowadząc od 1925 r., aż do wybuchu wojny zakład w Miłośnie, w lesistej miejscowości pod Warszawą, z takimi oddziałami szkoły powszechnej, jakich wymagał zespół przebywających tam dzieci. Nieraz po kilku miesiącach dziecko wracało do swojej szkoły macierzystej, nie mając braków w nauce i mogąc dalej pracować normalnie.

Nasze Towarzystwo Zwalczania Kalectwa i Opieki nad Kalekami (Zarząd mieścił się w Warszawie, przy ul. Elektoralnej Nr. 12), dopomagało wielu z pośród młodzieży w uzyskaniu protez, wyszkoleniu zawodowym itp.

Międzynarodowe Towarzystwo Pedagogiki Leczniczej, założone w 1937 r., z siedzibą w Zurichu, koordynować miało pracę wszystkich krajów, wymieniać pomysły i osiągnięcia, nieść sobie wzajemną pomoc.

Na rok 1939 projektowanych było kilka międzynarodowych zjazdów i konferencyj. Nie mogłam znaleźć śladów, które z tych konferencyj odbyły się, a które już nie zdążyły z powodu wybuchu wojny światowej.

W Genewie miał się odbyć I Międzynarodowy Kongres Pedagogiki Leczniczej.

W Rzymie — Kongres Wychowania na wolnym powietrzu.

W Londynie — Międzynarodowa Konferencja Opieki nad kalekami i Międzynarodowa Wystawa Pracy Kalek.

Wojna przerwała te wszystkie piękne i szlachetne poczynania. Musimy wszędzie zaczynać teraz pracę od początku, pracę tym trudniejszą, że wszędzie zwiększyła się liczba dzieci, potrzebujących opieki, a wszędzie możliwości są mniejsze wskutek zniszczenia wojennego — zniszczenia budynków i warsztatów, zubożenia społeczeństwa we wszytkich krajach, dużych strat wśród ludzi, którzy pracę tę prowadzili przed wojną, mieli już wytyczoną drogę i nabyte doświadczenia. Ci, którzy pozostali, borykają się z różnymi trudnościami i nie są w stanie objąć opieką i nauką wszystkich potrzebujących.

Międzynarodowe nici pomocy i współpracy nawiązują się znowu. Narody, niedotknięte skutkami strasznej wojny przychodzą z pomocą tym, którzy zniszczeni ponad wszelką miarę sami sobie rady dać nie mogą.

W ubiegłym roku odbył się w Zurichu Międzynarodowy Zjazd Opieki nad dzieckiem. W wyniku uchwał i zobowiązań Zjazdu, grupy naszych dzieci wysyłane są na półroczny pobyt do Szwajcarii i trzymiesięczny do Danii.

W sprawozdaniu L. Kołodziejczyka dla prasy z odwiedzin w szpitalu Szwedzkim w Otwocku, czytamy:

„Wymienienie wszystkich urządzeń zajęłoby bardzo wiele miejsca. Można powiedzieć, że Szpital jest samowystarczalny pod każdym względem. Może on pomieścić około 400 dzieci Na specjalne podkreślenie zasługuje sanatorium dla dzieci w wieku do dwu lat.

Podobnego ośrodka nie ma w Europie.

Do walki z lasecznikiem Kocha stanęły całe baterie misternych aparatów, przyrządów i leków. Stanął naród, który potrafił zrozumieć nieszczęście innego narodu i odgadł wszystkie refleksy słowa „Humanitaryzm".

Do korzystania z tego szpitala upoważnione są tylko dzieci pracowników ubezpieczonych. A rzesze tych dzieci najbiedniej-

szych, najnieszczęśliwszych, tych, które wojna skrzywdziła najstraszniej — sieroty i półsieroty ?

Tym pomocną swoją dłoń podał inny naród, Szwajcarzy. Te dzieci mogą znaleźć pomoc w t.zw. Wiosce Szwajcarskiej „Don Suisse", również na terenie Otwocka. Pomieścić się tam może 600 dzieci w wieku szkolnym. Obowiązują turnusy sześciotygodniowe, przyjmowane są dzieci słabowite, zagrożone gruźlicą. Głównym celem jest wzmocnienie organizmu dziecięcego przez działanie świeżego powietrza i dobre odżywianie.

Nasze Stowarzyszenia Społeczne zdołały uruchomić 6 sanatoriów dla łącznej liczby 860 dzieci i 2 prewentoria dla 80 dzieci. Wszystko to razem jest jednak ową przysłowiową „kroplą wody w morzu", potrzeb w tej dziedzinie.

Jesteśmy w okresie intensywnej pracy nad odbudową zniszczonego kraju i wyczerpanego obywatela. Jednakowe obowiązki mamy w stosunku do wszystkich obywateli — zarówno tych, którzy teraz dźwigają kraj z ruiny pracą swoich rąk czy mózgów, jak tych, którzy w uczelniach wszelkiego typu przygotowują się do przejęcia pracy z rąk zmęczonych, jak i tych, których siły są ograniczone przez kalectwo i chorobę.

W naszych projektach i planach musimy znaleźć odpowiednie miejsce i fundusze na leczenie dzieci kalekich i gruźliczych, na naukę szkolną dozowaną odpowiednio do ich wątłych sił, na przygotowanie zawodowe, dostosowane do ich możliwości. Każda bowiem jednostka jest czynnikiem mniej lub więcej produktywnych sił społecznych. I każda jednostka, nawet najbardziej cierpiąca i kaleka, pragnie pracy i normalnego życia.

KRONIKA I SPRAWY BIEŻĄCE

DNI PRZECIWGRUŹLICZE

Ostatnie lata bieżącego stulecia charakteryzuje niebywały postęp w zakresie opanowania najżywotniejszych problemów zdrowotnych. Współczesna organizacja służby zdrowia dostosowana została do rozwiązywania masowych zagadnień zdrowotnych i społecznych. Szeroko poprowadzono badania naukowe w zakresie medycyny społecznej i rozwinięto akcję wychowawczo-zapobiegawczą. Ulepszona została produkcja środków leczniczych.

Wszystkie te poczynania spowodowały zanik zupełny lub zmniejszenie się do minimum stanów chorobowych, które jeszcze do niedawna były plagą ludzkości.

Okres ostatniej wojny przyniósł wszystkim narodom europejskim ogrom zniszczenia, wzmożony ruch ludnościowy, który można określić, jako wędrówkę narodów, złe warunki bytowania i żywienia. Zdawało się, że warunki te nieuchronnie doprowadzą do wybuchu groźnych epidemii, klęsk zdrowotnych, tej największej daniny pożogi wojennej.

Pomimo wielce różnorodnych trudności finansowych i organizacyjnych poszczególnych narodów, biorących udział w wojnie, wybuch epidemii nie nastąpił, chociaż istniały szereg lat liczne pojedyńcze ogniska groźnych chorób zakaźnych, przenoszonych w błyskawicznym tempie z różnych krajów i części świata.

Osiągnięcia te odnoszą się głównie do chorób ostro-zakaźnych. Natomiast choroby społeczne na czele z gruźlicą i chorobami wenerycznymi w dalszym ciągu stanowią trudny do rozwiązania problem społeczno - zdrowotny.

Uzyskanie sulfamidów i penicyliny usprawniło lecznictwo i opanowanie chorób wenerycznych. Natomiast postęp w dziedzinie wynalazków w walce z gruźlicą jest bardzo powolny, i nie dał wyników realnych, wymagających szerokiej akcji zapobiegawczej z czynnym udziałem samego społeczeństwa.

To też za przykładem lat ubiegłych Warszawskie T-two Przeciwgruźlicze, wspólnie z Ligą Szkolną Przeciwgruźliczą, organizuje w okresie od 19 do 25 października r.b. Dni Przeciwgruźlicze. Jest to impreza finansowa i szeroka akcja propagandowa zorganizowana wysiłkiem czynnika społecznego przy poparciu władz państwowych i samorządowych. Wysoki protektorat nad akcją objęli: Minister Zdrowia Ob. Dr Tadeusz Michejda, Minister Pracy i Op. Sp. Kazimierz Rusinek, Wiceprezydent m. st. Warszawy ob. Edward Strzelecki.

Zadaniem tej akcji jest:

1. Zapoznanie społeczeństwa za pośrednictwem druków propagandowych, prasy, radia, odczytów popularnych z rozmiarem klęski gruźliczej w Polsce i w Warszawie, która płaciła i płaci olbrzymią daninę strat zdrowotnych, spowodowanych gruźlicą, niejednokrotnie bijąc w tym względzie rekordy światowe.

2. Wyjaśnienie celowości masowych szczepień ochronnych, konieczności doprowadzenia chorych do lekarza i otoczenia chorego do kontroli, sposobów przeprowadzenia izolacji chorych na terenie domu i warsztatów pracy, podając podstawowe zasady higieny ogólnej i profilaktyki przeciwgruźliczej.

3. Powołanie do drobnych lecz powszechnych ofiar pieniężnych na rzecz walki z gruźlicą najszerszych warstw społecznych w celu stworzenia podstaw finansowych dla czynnej akcji zapobiegawczej.

Wartość współpracy społeczeństwa w walce z gruźlicą wykazała w sposób przekonywujący Dania. Ujawnia ona obecnie 35 zgonów na gruźlicę na 100,000 ludności. Liczba ta w Polsce wynosi 160.

Bezsprzecznie w osiągnięciu tych wyników w Danii sprzyjały lepsze warunki bytowania, żywienia, lepsze warunki ekonomiczne i neutralność w okresie wojny. Nie możemy jednak niedoceniać i pominąć milczeniem nowego czynnika, poraz pierwszy wysuniętego na terenie tego kraju, **szerokiego udziału samego społeczeństwa w walce z gruźlicą.**

Mianowicie, dyrektor urzędu pocztowego w Danii Holböll, korzystając z wzmożonej korespondencji w okresie świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku, poddał w 1909 r. myśl wprowadzenia specjalnego znaczka pocztowego przeciwgruźliczego.

Znaczek ten w artystycznej szacie wraz ze świątecznymi życzeniami trafił prawie do każdego obywatela kraju, budząc opinię publiczną, szerząc propagandę przeciwgruźliczą i zasilając fundusze na rzecz walki z gruźlicą. Akcja ta nie mogła nie wywrzeć decydującego wpływu na wyniki obecnie osiągnięte.

Za przykładem Danii poszły wszystkie narody świata. Obecnie pocztowy znaczek przeciwgruźliczy posiada wielką wartość filatelistyczną, gdyż każdy kraj pracuje nad pogłębieniem jego treści i podniesieniem walorów artystycznych.

W roku bieżącym Polska nie mogła wydać jeszcze swego znaczka pocztowego przeciwgruźliczego. W czasie Dni Przeciwgruźliczych wykorzystamy do sprzedaży ulicznej skromny pod względem szaty zewnętrznej, międzynarodowy znak walki z gruźlicą w postaci podwójnego krzyża czerwonego.

Pomimo skromnych możliwości organizacyjnych wznowiona po dłuższej przerwie tegoroczna akcja Dni Przeciwgruźliczych dążyć będzie do wykonania swego podstawowego zadania, budząc opinię publiczną, docierając akcją propagandową wgłąb terenu do najszerszych warstw społeczeństwa.

W tym celu Ośrodki Zdrowia, w charakterze komitetów dzielnicowych, wykorzystają swój wieloraki aparat łączności z terenem, czy to za pośrednictwem swego personelu kwalifikowanego, czy za pośrednictwem czynnika społecznego w postaci współdziałających z instytucją Rad Dzielnicowych, sieci higienistów domowych, personelu szkół, organizacji społecznych i politycznych. Akcja ta jest do pewnego stopnia egzaminem dojrzałości terenowych placówek służby zdrowia. Wynik egzaminu nie wynika z wysokości sum uzyskanych, co zależy często od zamożności mieszkańców poszczególnych dzielnic. Tylko ilość rozprowadzonych w dzielnicy nalepek i znaczków pozwoli sądzić o wpływie wychowawczym O. Z. i o jego kontakcie z terenem.

W ramach Dni Przeciwgruźliczych należałoby ogłosić konkurs na pocztowy znaczek przeciwgruźliczy, godnie reprezentujący twórczą myśl i koncepcję artystyczną naszego państwa na terenie międzynarodowym.

Akcja dni przeciwgruźliczych zapoczątkowana w Warszawie stanowić powinna punkt zwrotny w kierunku wznowienia ogólnokrajowej akcji przeciwgruźliczej.

Dr. med. Stanisław Stypułkowski

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU PRZECIWGRUŹLICZEGO WE WROCŁAWIU.

Dnia 23 — 26 września r.b. odbył się we Wrocławiu, urządzony przez Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą VIII Polski Zjazd Przeciwgruźliczy.

Protektorat nad Zjazdem objął Ob. Minister Zdrowia Dr Tadeusz Michejda.

We wtorek 23 września o godz. 10-ej odbyło się uroczyste otwarcie Zjazdu.

Minister T. Michejda otwierając Zjazd wygłosił przemówienie, w którym podkreślił doniosłość prac zarówno naukowych jak i społecznych dla walki z gruźlicą szczególnie teraz, gdy okupant niemiecki dokonał tak wielkich zniszczeń w narodzie Polskim. Wskazał na zadania, jakie na Polskę czekają. Zaznaczył konieczność otoczenia opieką lekarską robotnika i rolnika. Stwierdził wielką ofiarność świata lekarskiego w walce z okupantem. Wyrażając radość z powodu tak licznie zgłoszonych referatów na tematy kliniczne i społeczne — z których wiele było opracowanych podczas okupacji w ukryciu przed niemcami, którzy zabraniali wszelkiej pracy naukowej — życzył Zjazdowi owocnych wyników obrad.

Następnie Zjezd witali przedstawiciele władz Wrocławia — wojewódzkich, miejskich, Związków Zawodowych.

Na przewodniczącego Zjazdu wybrano Dr Fiszera, Dyrektora Sanatorium w Zakopanem.

Przewodniczący Dr Fiszer, witając w imieniu Zjazdu ob. Ministra, Przedstawicieli Władz wojewódzkich, samorządowych, instytucji społecznych oraz licznie zebranych lekarzy — we wzniosłych słowach podkreślił wielkie znaczenie tego, że pierwszy Zjazd po wojnie odbywa się właśnie w stolicy prastarych ziem piastowskich, że nawiązuje łączność z nauką polską, kiedyś na tych ziemiach kwitnącą i jest zarazem rękojmią wieczystego zlania się tych ziem z macierzą.

Na wniosek przewodniczącego Zjazd złożył hołd ofiarom okrucieństwa niemieckiego ftizjologom, którzy zginęli na posterunku w walce o zdrowie i życie chorych — i uczcił ich pamięć przez powstanie i 3-minutowe milczenie.

VIII Zjazd przeciwgruźliczy obradował nad trzema tematami: a) biologicznym, b) klinicznym, c) społecznym.

Referaty biologiczne na temat: „Metabolizm prątka gruźliczego", został wygłoszony przez prof. E. Syma, prof. Skibińskiego i koreferat przez D-ra Kwapińskiego.

Autorowie otrzymali b. ważne wyniki analizy przemiany materii prątka gruźlicy, które będą miały duże znaczenie w walce z gruźlicą. Jednocześnie stwierdzili, jak tragicznie zaciążyła okupacja, która przerwała możność jakiejkolwiek pracy naukowej dla polskich badaczy. Badania rozpoczęte w Polsce przed wojną — zostały w większości wykonane przez uczonych krajów, których nie dotknęła klęska wojny.

Niezmiernie ciekawymi były z punktu widzenia zarówno naukowego jak i społecznego, referaty poświęcone antybiotykom: Doc. Biernackiego: „Streptomecyna" i prof. Grzybowskiego i Miedzińskiego — „Leczenie gruźlicy skóry calciferolem".

W pierwszym dniu Zjazdu odbyło się uroczyste otwarcie kliniki Ftizjologicznej (ul. Pasteura 10). — Jest to duże wydarzenie w życiu naukowym Polski.

Klinika ftizjologiczna mieści się w b. ładnym budynku, doskonale urządzonym, z dużym tarasem. Klinika jest b. dobrze wyposażona i poza pracownią rentgenowską i bakteriologiczną, posiada pracownie do badań naukowych, zarówno nad prątkami gruźlicy jak i eksperymentalnych na zwierzętach.

Kierownikiem kliniki jest prof. Zdzisław Skibiński, autor licznych prac naukowych nad gruźlicą: klinicznych, biochemicznych, immunologicznych i społecznych.

Jest to pierwsza klinika ftizjologiczna w Polsce, a i jedna z nielicznych w Europie. Nazwisko prof. Skibińskiego jest rękojmią, że stworzy on zespół pracowników naukowych, którzy pod jego kierownictwem przystąpią do wszechstronnych badań nad gruźlicą.

Klinika Ftizjologiczna we Wrocławiu ma duże znaczenie społeczne, gdyż będzie ona szkoliła zastępy przyszłych lekarzy ftizjologów.

Referaty kliniczne poświęcone były zagadnieniu przecinania zrostów w leczeniu gruźlicy płuc, odmie zewnętrzno - płucnej oraz stosowaniu odmy brzusznej w leczeniu gruźlicy płuc.

Referat programowy został wygłoszony przez przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą Dr J. Misiewicz oraz Dr Madeya, łącznie z koreferatami Dr Stopczyka i dr Bieleckiego.

Referaty oparte na własnych obserwacjach w szpitalu Wolskim, obejmują blisko 2.000 przypadków leczonych. Wyniki kliniczne pozytywne, wyzdrowienia, dużą poprawę stanu zdrowia, otrzymano prawie w ca 80%.

Podstawowym warunkiem uzyskania dobrych wyników jest **wczesne** stosowanie zabiegu — do czego potrzeba — by chorzy **wcześniej byli** skierowywani do szpitala na zabieg, gdyż wtedy można otrzymać najbardziej pomyślny wynik. Zgłoszenie w terminie późniejszym daje znacznie gorszy, lub nawet pozostaje bez efektu, potrzebna tu jest, co z naciskiem zaznaczono, „ścisła współpraca ftizjologa internisty z ftizjologiem chirurgiem. Wszystkie zakłady leczenia powinny mieć zorganizowaną taką współpracę".

Podobne wyniki lecznicze otrzymane zostały, (aczkolwiek na mniejszym materiale) w Bukowcu, (Dr Węgrzynowska, Stanowski, Sobek) w Zakopanem, Sroczyński), Jurkowski (Poznań). Należy podkreślić, że polscy lekarze ftizjolodzy prowadzili swe prace w niewiarogodnie ciężkich warunkach — brak należycie skompletowanych narzędzi, przyrządów, złe aparaty rentgenowskie, częstokroć brak prądu, zniszczone sanatoria i szpitale itp.

Niemniej może polska medycyna poszczycić się wykonaniem zabiegów u kilku tysięcy chorych, co jest bardzo dużym osiągnięciem. Wyniki pracy — naogół nie gorsze od wyników podawanych przez lekarzy amerykańskich i angielskich.

Następnie były przedstawione wyniki stosowania odmy zewnętrznopłucnej we Włoszech (Dr Doerfferowa), oraz wynik własnego leczenia — Dr Rzepecki — Zakopane.

Dr L. Dobrowolski przedstawił z własnego oddziału (Św. Ducha), pomyślne wyniki stosowania odmy brzusznej w przypadkach gruźlicy płuc, gdzie stosowanie leczenia uciskowego ze względu na zrosty było niemożliwe. Odma brzuszna stosowana była przy a) obustronnej gruźlicy płuc, b) jako uzupełnienie zabiegu na nerwie przeponowym, c) przy leczeniu pierwotnych specyficznych wysięków opłucnowych.

W żywej dyskusji, która wywiązała się na temat wewnątrz płucnego przecinania zrostów, poza stroną naukową i techniczną — największy nacisk położono na stronę społeczną zagadnienia, na konieczność stworzenia sieci oddziałów gruźliczych, gdzie ten zabieg byłby bez zwłoki wykonywany, ułatwienia lekarzom leczącym wczesnego rozpoznania przypadków, oraz spopularyzowanie zabiegu tego wśród pacjentów, którzy często zwlekają tak długo, aż stosowanie jego robi się nieaktualnym.

Główny referat na temat społeczny wygłosił Dr M. Telatycki, Naczelnik Wydziału do Walki z Gruźlicą w Ministerstwie Zdrowia: „Gruźlica w Polsce, a projekt ustawy przeciwgruźliczej".

Wykazał on, że krzywa umieralności na gruźlicę w Polsce jest znacznie wyższa, niż w innych krajach, że krzywa umieralności na wsi szybko wznosi się w górę.

Masowe badania studentów szkół wyższych wykazały: gruźlica zakaźna 2,3%, gruźlica zamknięta — 5,3%.

Liczba łóżek sanatoryjnych i szpitalnych w kraju wzrosła w porównaniu z okresem przedwojennym — lecz jednak nie jest dostateczna.

Jak nie można zwalczać chorób zakaźnych bez odnośnej ustawy, tak racjonalna akcja przeciwgruźlicza może rozpocząć się dopiero wtedy, gdy będzie wydana ustawa o zwalczaniu gruźlicy, „wszechstronnie przemyślana, dostosowana do życia i rygorystycznie przestrzegana".

Projekt takiej ustawy opracowany przez Sekcję Przeciwgruźliczą Państwowej Rady Zdrowia — został przedstawiony w celu przedyskutowania.

Projekt przewiduje utworzenie Narodowego Komitetu do Walki z Gruźlicą.

Zadaniem Narodowego Komitetu do Walki z Gruźlicą jest prowadzenie akcji przeciwgruźliczej przez organizowanie i prowadzenie poradni przeciwgruźliczych, zakładów, szpitali, sanatoriów itp., oraz zorganizowanie całkowitej opieki otwartej i zamkniętej nad chorymi na gruźlicę i osobami gruźlicą zagrożonymi.

Ustawa wprowadza obowiązek zgłaszania przypadków gruźlicy zaraźliwej (zgłoszenie jest tajne) lekarzowi urzędowemu. Ustawa zabrania zatrudniania osób chorych na gruźlicę w zawodach, gdzie mogą one bezpośrednio lub pośrednio zakażać inne osoby.

Najważniejszym może jest § 6 projektu ustawy: „Leczenie chorych na gruźlicę w zasadzie nie może być ograniczone żadnymi terminami i powinno być prowadzone do czasu przywrócenia możliwie całkowitej zdolności do pracy".

Finansowanie walki z gruźlicą ciąży głównie na gminach miejskich i wiejskich, Ubezpieczalniach Społecznych i organizacjach społecznych, prowadzących walkę z gruźlicą.

Po bardzo szczegółowej dyskusji projekt w brzmieniu proponowanym przez referat został przyjęty przez Zjazd.

Referaty na temat rozpowszechnienia gruźlicy w Polsce wygłosili kierownicy działów walki z gruźlicą w Warszawie, Łodzi, Sosnowcu, Krakowie, Wrocławiu, Gdańsku.

Dane przedstawione wykazują straszne zniszczenia dokonane przez Niemców, ogromny wzrost zapadalności i umieralności z gruźlicy (4—5-krotny w porównaniu ze stanem przedwojennym) oraz dużą dynamikę pracy powojennej.

Na podkreślenie zasługuje referat Dr Z. Góreckiego — pierwszy w Polsce — „O zdjęciach małoobrazkowych". Opierając się na największym i narazie jedynym w Polsce materiale — podaje Dr Górecki wyniki otrzymane, podaje technikę i wskazówki do wykonywania zdjęć i najlepszej eksploatacji aparatu do zdjęć małoobrazkowych, który jest podstawą dla prac poradni przeciwgruźliczych.

Bardzo ważnym referatem na temat społeczny był referat prof. Kielanowskiego (Lublin): „Kształcenie lekarzy i pielęgniarek do akcji przeciwgruźliczej".

Stwierdziwszy, iż zasób wiedzy o gruźlicy wśród lekarzy praktykujących jest niedostateczny — stawia autor wniosek natychmiastowego dokształcania lekarzy, pracujących w Ubezpieczalniach Społecznych, ambulatoriach, lekarzy ogólno - praktykujących, dla skuteczniejszego zwalczania gruźlicy.

Musi być zreorganizowane nauczanie ftizjologii, a w tym celu przy każdym Wydziale lekarskim powinna być stworzona klinika ftizjologiczna.

Ponieważ obserwuje się odpływ sił pielęgniarskich ze swego zawodu należy podnieść uposażenia.

Na zakończenie słów kilka o organizacji Zjazdu.

Zjazd VIII-my był najbardziej licznym ze zjazdów przeciwgruźliczych. Na ostatni przedwojenny zjazd w 1939 r. w Gdyni przybyło około 250 lekarzy, na zjazd obecny przeszło 400.—

Organizacja Zjazdu, nad którą we Wrocławiu czuwał prof. Skibiński była doskonała.

Zorganizowana na Dworcu służba informacyjna przydzielała uczestnikom kwatery i odwoziła ich autami na miejsce.

Posiedzenia odbywały się w sali wykładowej kliniki wewnętrznej.

Przy klinice zorganizowano stołówkę, w której wydawano śniadania, obiady i kolacje dla uczestników.

W pierwszy dzień Zjazdu Miasto podejmowało uczestników bankietem.

W ostatnim dniu odbyła się wspólna koleżeńska, pożegnalna kolacja.

Po zakończeniu Zjazdu odbyła się wycieczka do sanatorium przeciwgruźliczego w Bukowcu.

Dr M. Łącki

STOŁECZNY KOMITET DO WALKI Z GRUŹLICĄ

Wprowadzenie w życie ustaw, które od lat kilkunastu były tylko martwą literą, jest faktem zbyt znamiennym, a nadawanie nowych form organizacyjnych działaniom tej wagi, co sprawy zdrowia publicznego, a w szczególności sprawy akcji przeciwgruźliczej, zjawiskiem zbyt donosłym, aby pozostawały one poza świadomością społeczników. Powsta-

nie Stołecznego Komitetu do Walki z Gruźlicą poprzedzają zarządzenia. których wpływ odbija się coraz głębiej na charakterze i strukturze instytucji, służących ogółowi.

W myśl przepisów Ustawy o Ubezpieczeniu Społecznym (art. 126 ustęp 2 Ustawy z dn. 28.III.1933 r.) w brzmieniu Ustawy z dn. 24.X.1934 r. (Dz. U. R. P. Nr. 95, poz. 855) Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej oraz Ministerstwem Administracji Publicznej zarządziło powołanie do życia Komisji Koordynacji Lecznictwa jako organu, służącego współpracy na polu lecznictwa i akcji zapobiegawczej pomiędzy Związkami Samorządu Terytorialnego i instytucjami Ubezpieczeń Społecznych. Współpraca ta winna polegać na wzajemnym korzystaniu dla swoich potrzeb z prowadzonych we własnym zakresie zakładów i urządzeń sanitarnych, leczniczych i zapobiegawczych oraz z aptek, składnic aptecznych i punktów rozdawania leków. Nadto na podstawie art. 9 Ustawy z dn. 15.VI. 1939 r. o Publicznej Służbie Zdrowia (Dz. U. R. P. Nr. 54, poz. 342) Minister Zdrowia w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami ustalił zasady wzajemnej współpracy ośrodków zdrowia z władzami rządowymi, samorządowymi, społecznymi, z zakładami ubezpieczeń społecznych, leczniczymi i innymi, przyczym art. 6 ustęp 2 tej ustawy przewiduje udzielanie przez ośrodki zdrowia pomocy lekarskiej i położniczej ubezpieczonym w Ubezpieczalni Społecznej i innym na mocy specjalnych umów. Art. 2 Ustawy z dn. 3.I.1946 r. o nadzorze nad lecznictwem (Dz. U. R. P. Nr. 2, poz. 8) potwierdza niezbędność zacieśnienia współpracy na polu lecznictwa i zapobiegania między wszystkimi zainteresowanymi w tej akcji instytucjami w terenie.

W skład Komisji Koordynacji Lecznictwa w poszczególnych województwach oraz w Warszawie i w Łodzi a także w powiatach, wchodzą: Naczelnik Wydziału Zdrowia (w Warszawie Szef Resortu Zdrowia i Opieki Społecznej) jako Przewodniczący, delegat Ubezpieczalni Społecznej, 2 przedstawicieli samorządu terytorialnego, wyznaczonych przez Miejską Radę Narodową, 1 przedstawiciel każdej spółdzielni zdrowia, po 1 przedstawicielu Izby Lekarskiej, Związku Zawodowego Służby Zdrowia, Wojskowej Służby Zdrowia, Służby Zdrowia Bezpieczeństwa Publicznego, Służby Zdrowia P.C.K., Kuratorium Szkolnego, Związku Samopomocy Chłopskiej oraz Społeczno-Obywatelskiej Ligi Kobiet z prawem dokooptowywania w miarę potrzeby nowych członków.

Zadaniem Komisji Koordynacji Lecznictwa jest:

1) koordynowanie w dziedzinie lecznictwa pracy władz i instytucji reprezentowanych w Komisji, celem planowego i ekonomicznego wykorzystania na danym terenie sił fachowych, środków materialnych i urządzeń,
2) ustalanie potrzeb ludności danego terenu w dziedzinie zdrowia,

3) opracowywanie zasad umów w zakresie wzajemnego korzystania z zakładów, urządzeń leczniczych itp. między organami państwowymi, samorządowymi i instytucjami leczniczymi na danym terenie,

4) ustalanie form i zakresu współpracy ,oraz wzajemnej pomocy organów państwowych, samorządowych, instytucji Ubezpieczeń Społecznych i innych w dziedzinie lecznictwa oraz uzgadnianie ich działalności na danym terenie,

5) rozpatrywanie i opiniowanie planów przyszłych władz i instytucji reprezentowanych w Komisjach,

6) opiniowanie w dziedzinie lecznictwa projektów lokalnych zarządzeń władz i instytucji reprezentowanych w Komisji.

W oparciu o ramowy Regulamin Komisji Koordynacji Lecznictwa w Warszawie, stopniowo powołano do życia szereg Podkomisji, a w ich rzędzie Podkomisję do Walki z Gruźlicą.

Podkomisja do Walki z Gruźlicą uznała za konieczne utworzenie Stowarzyszenia o własnej osobowości prawnej pod nazwą Stołeczny Komitet do Walki z Gruźlicą, jako ośrodka dyspozycyjnego, przyczym uchwalono, że bez wiadomości Komisji Koordynacji Lecznictwa żadna akcja przeciwgruźlicza prowadzona być nie może.

Statut Stowarzyszenia znajduje się obecnie w stadium legalizacji, a paragrafy określające cel i środki działania brzmią jak następuje:

§ 5) Celem Stowarzyszenia jest walka z gruźlicą: leczenie i zapobieganie.

§ 6) Stowarzyszenie osiąga swój cel przez:

1) skoordynowanie i zespolenie działalności zrzeszonych stowarzyszeń i instytucji,

2) planowanie i opiniowanie na wniosek zainteresowanych stowarzyszeń i instytucji we wszystkich sprawach dotyczących pomocy lekarskiej i zapobiegania chorobie,

3) wykonywanie czynności zleconych przez Ministerstwo Zdrowia w ramach uprawnień, oraz przez Gminę m. st. Warszawy,

4) prowadzenie akcji leczniczej i zapobiegawczej zarówno zamkniętej, jak też ambulatoryjnej i pozakładowej,

5) wydawnictwo prac i czasopism naukowych z zakresu gruźlicy, oraz popieranie wszelkich prac naukowych w tej dziedzinie,

6) popularyzację i propagandę akcji zwalczania gruźlicy,

7) szkolenie personelu fachowego,

8) współdziałanie z towarzystwami zagranicznymi o podobnym celu,

9) staranie się o zwiększenie środków materialnych na pomoc lekarską w chorobie i jej zapobieganie.

Akcja przeciwgruźlicza rozwija się po linii następujących zasad:

1) Resort Zdrowia prowadzi całokształt walki z gruźlicą na terenie m. st. Warszawy przy pomocy: a) Wydziału Medycyny Społecznej i Sekcji do Walki z Gruźlicą, b) terenowych poradni przeciwgruźliczych przy Ośrodkach Zdrowia;
2) Zadaniem Sekcji do Walki z Gruźlicą jest: a) opracowanie szczegółowe planu walki z gruźlicą, b) zespolenie prac wszystkich instytucyj prowadzących walkę z gruźlicą na terenie Warszawy;
3) Na czele Sekcji do Walki z Gruźlicą stoi powołany przez Resort Zdrowia lekarz, prowadzący całokształt tej akcji;
4) Przy Kierowniku Sekcji tworzy się Komitet, do którego wchodzą przedstawiciele instytucyj prowadzących walkę z gruźlicą (Ubezpieczalnia Społeczna, P.C.K., Liga Szkolna Przeciwgruźlicza, Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze itp.);
5) Sekcja do Walki z Gruźlicą prowadzi akcję w trzech kierunkach:
   a) szczegółową rejestrację przypadków chorych na gruźlicę,
   b) roztoczenie opieki lekarskiej nad chorymi,
   c) zabezpieczenie otoczenia przed zakażeniem.
6) Sekcja do Walki z Gruźlicą prowadząc ewidencję przypadków gruźlicy posiada kartoteki leczonych, opracowuje też zasady prowadzenia propagandy wśród ludności Warszawy;
7) Sekcja do Walki z Gruźlicą dysponuje wszystkimi funduszami, które posiadają poszczególne instytucje na walkę z gruźlicą. Prowadzenie jakiejkolwiek akcji przeciwgruźliczej poza tym jest niedopuszczalne.

Zgodnie z powyższym praskie poradnie przeciwgruźlicze obejmują swoją opieką leczniczą i zapobiegawczą wszystkich chorych na gruźlicę i ich rodziny niezależnie od przynależności do jakiegokolwiek zorganizowanego lecznictwa.

W najbliższym czasie poradnie przeciwgruźlicze Warszawy lewobrzeżnej zostaną dostosowane do właściwej roli. W płaszczyźnie planowego działania charakter pracy poradni przeciwgruźliczych nabiera jednolitości tak pod względem form i metod działania jak i pod względem formalnym. Sprawy leczenia zakładowego przechodzą przez Sekcję do Walki z Gruźlicą, uzyskując ostateczne decyzje co do miejsca i czasu trwania kuracji. Sekcja prowadzi akcje specjalne jak pirquetyzacja dzieci, masowe zdjęcia małoobrazkowe w Poradni Polsko Szwedzkiej, współdziała i organizuje zapoczątkowaną przez ekipy duńskie akcję szczepień przeciwgruźliczych.

Coraz istotniej pogłębiana akcja znajdzie wkrótce podtrzymanie dotychczasowych wysiłków i otrzyma nowe wytyczne pracy w dawno oczekiwanej Ustawie Przeciwgruźliczej, która była ostatnio przedmiotem obrad Zjazdu Przeciwgruźliczego we Wrocławiu, a niebawem wejdzie na porządek dzienny posiedzeń Sejmu.

WSPÓŁPRACA OŚRODKA WSPÓŁDZIAŁANIA SPOŁECZNEGO Z PORADNIĄ „G".

Jednym z podstawowych zagadnień w chwili obecnej w Polsce jest zwalczanie gruźlicy, która należy u nas do najbardziej rozpowszechnionych chorób społecznych. Danych co do częstotliwości gruźlicy z czasów ostatniej wojny nie posiadamy, musimy jednak liczyć się ze znacznym jej wzrostem. W czasie wojny Niemcy uniemożliwili w całej Polsce wszelką zorganizowaną walkę z gruźlicą. Istniały wprawdzie nieliczne poradnie przeciwgruźlicze, które jednak nie mogły rozwinąć wydatniejszej pracy w kierunku zwalczania gruźlicy, gdyż nie posiadały ani potrzebnych do tego środków, ani poparcia władz. Po zakończeniu działań wojennych pozostaliśmy właściwie bez żadnej zorganizowanej akcji przeciwgruźliczej, gdyż sanatoria zostały zniszczone i rozgrabione, a personel lekarski i pielęgniarski rozproszony.

I tu w pierwszym rzędzie należy podkreślić współpracę Ośrodka z Poradnią „G". Opieka Społeczna przez swój bezpośredni kontakt z ludnością może wniknąć głęboko we wnętrze życia rodziny, poznać jej cierpienia fizyczne i moralne. Przez swe kadry opiekunów terenowych ma Opieka Społeczna szerokie pole do działania. Dzięki wywiadom może zaobserwować chorobę i skierować petenta do Por. „G". Gruźlica w porę wykryta jest stosunkowo łatwo uleczalną chorobą. Rola Opieki Społecznej jest więc w dużej mierze profilaktyczną.

Dalszym zadaniem Ośrodka Współdziałania Społecznego jest roztoczenie opieki nad chorym, to jest pomoc materialna, oraz wysyłanie gruźlików za pośrednictewm Ośrodków Zdrowia do sanatoriów, prewentoriów itp. Ważną rzeczą jest uświadomienie domowników o niebezpieczeństwie zakażenia i to również należy do zadań Opieki Społecznej.

Widzimy więc, że współpraca Ośrodków Współdziałania Społecznego z Por. „G" polega na :

1. Skierowaniu petenta do Por. „G".
2. Uświadomieniu domowników o niebezpieczeństwie zakażenia.
3. Kwalifikowaniu chorych do sanatoriów pod kątem warunków materialnych, na podstawie wywiadu społecznego.
4. Kierowaniu dzieci i młodzieży do Por. „G" na prześwietlenia i próbę Pirquet'a, celem zakwalifikowania na kolonie wypoczynkowe.

Życie wykazuje, jak wiele na odcinku walki z gruźlicą jest do zrobienia i jak wielka jest rola Opieki Społecznej, która, współpracując z Poradnią „G", może przyczynić się do podniesienia stanu zdrowotności społeczeństwa.

Wanda Drozdowska.

Szczepienia Przeciwgruźlicze rozpoczęte w Warszawie przez ekipy duńskie, dn. 12 maja r.b., poprzedzane są bardzo dokładnym sprawdzeniom odporności na zarazek gruźlicy przy pomocy próby tuberkulinowej, gdyż tej formie ochrony przed gruźlicą mogą podlegać jedynie jednostki,

które dotychczas nie uległy zakażeniu gruźliczemu. Szczepieniom poddaje się bez ograniczenia wieku tylko tych, którzy reagują ujemnie na próbę tuberkulinową. Odsetek wyników ujemnych maleje ze wzrostem wieku tak, że w okresie powyżej 20 lat życia wynosi zaledwie 1 procent. Do 20.VI. r. b. przebadano w przedszkolach i w szkołach powszechnych w Warszawie 25.000 dzieci, z których poddano szczepieniom 6.500. W okresie od 20.VI do 1.VIII r.b. akcję przerzucono na zakłady pracy — w wyniku przebadano 18.000 osób, z których zaszczepiono 980. Niezależnie od wyżej wymienionej akcji, szczepionką BCG szczepione są doustnie noworodki w klinikach położniczych. Akcja szczepień przeciwgruźliczych trwa nadal i ze względu na trwałość szczepień będzie powtarzana co trzy lata. Nadmienić należy, że mimo braku specjalnej propagandy tych szczepień, spotkały się one z wielkim zainteresowaniem ogółu ludności i zyskały ogromną popularność.

Polsko-Szwedzka Poradnia Przeciwgruźlicza przy ul. Daszyńskiego 19, ufundowana i zorganizowana przez Szwedzki Komitet Pomocy Polsce, jest placówką rozpoznawczą, prowadzącą masowe badania ludności małoobrazkowymi aparatami Rentgena. Poradnia ta wyposażona jest w specjalną aparaturę. Zdjęcia małoobrazkowe, prowadzone wśród najszerszych mas ludności, pozwalają wyłowić przypadki gruźlicy początkowej w okresie, kiedy jest ona najłatwiej i najszybciej uleczalna. Zorganizowanie w Warszawie dostatecznej sieci placówek rozpoznawczych tego typu mogłoby pozwolić na przeprowadzenie w krótkim okresie czasu prześwietlenia prawie całej ludności miasta, umożliwiłoby skuteczne leczenie gruźlików w pierwszym okresie ich choroby, mogłoby wykluczyć, a w każdym razie bardzo ograniczyć liczbę przypadków gruźlicy zakaźnej. Od uruchomienia poradni w marcu 1946, poradnia dokonała 74.885 prześwietleń przyczym wykryto 858 przypadków gruźlicy czynnej, 2.303 przypadki gruźlicy prawdopodobnie czynnej przy ogólnej liczbie 4.955 przypadków ze zmianami w płucach.

Poradnia Polsko - Szwedzka została w połowie maja r.b. przejęta przez Zarząd Miejski i włączona do sieci stołecznych instytucji przeciwgruźliczych.

Sanatorium Miejskie w Otwocku było jedną z najbardziej cennych pozycji lecznictwa miejskiego. Przetrwało ono okupację, a następnie służyło jako szpital armii radzieckiej i polskiej. W listopadzie roku ubiegłego Sanatorium zostało zwrócone miastu. Stan wewnętrzny Sanatorium pozostawiał bardzo wiele do życzenia. Skromnymi środkami Zarząd Miejski przeprowadził niezbędne remonty. Pamiętano także o stronie estetycznej Sanatorium, urządzono kwietniki, a teren ogrodzono nowym estetycznym ogrodzeniem zamiast butwiejącego już parkanu przedwojennego.

Ostatnio poczyniono duże wysiłki, aby podnieść poziom odżywiania i chorzy otrzymują pełnowartościowe wyżywienie (3500 kalorii). Urzą-

dzono nowoczesną salę zabiegową, a specjalny pawilon dla chorych nieprątkujących umożliwia lepszą segregację. W niedługim czasie Sanatorium Miejskie w Otwocku będzie powszechnie znane, jako przodujący zakład leczniczy, jakim zawsze było. **Dr. Pacho.**

Polsko Szwedzkie Sanatorium Dziecięce w Otwocku ufundowane, wybudowane i zorganizowane przez Szwedzki Komitet Pomocy Polsce, jest obecnie przejmowane przez Zarząd Miejski w m. st. Warszawie. Sanatorium zajmuje 8 hektarowy teren dawnego prewentorium „Olin" i składa się ogółem z 34 budynków barakowych. Sanatorium przyjmuje dzieci od wieku niemowlęcego do lat 18. Wszyscy pacjenci przechodzą przez kwarantannę w specjalnie do tego przystosowanym pawilonie i po wyłączeniu możliwości wniesienia na teren zakładu choroby zakaźnej, dostają się na właściwy oddział w bieliźnie i odzieży wyłącznie zakładowej. Każdy barak-pawilon stanowi jednostkę zakładową, posiadającą poza paru lub kilkułóżkowymi pokoikami chorych pokój zabiegowy z apteczką podręczną, magazynem bielizny, odzieży i pościeli, kuchnię podręczną, salkę jadalną i duży pokój-świetlicę, wyposażoną we wszelkie pomoce naukowe lub dla zajęć przedszkolnych, odpowiednie dla danego wieku. Z terenu zakładowego dzieci korzystają za każdorazowym zezwoleniem lekarza. Sanatorium obliczone na 450 miejsc nie jest jeszcze w pełni uruchomione — obecnie czynnych jest 380 łóżek. Część baraków przeznaczona jest dla pracowników zakładu, którzy przeważnie mieszkają na miejscu. Specjalna organizacja życia zakładowego, urządzeń badawczych i terapeutycznych, wychowawczych i gospodarczych, kwalifikuje sanatorium to do rzędu placówek szkoleniowych dla fachowego personelu lekarskiego, pomocniczego lekarskiego i technicznego. W planach i programie prac zakładu przewidziana jest szkoła dla personelu pielęgniarskiego. Kuchnia, pralnia, kąpielisko ,magazyny wyposażone są w najnowocześniejsze urządzenia, sprzęt i aparaturę. Potrzeby kulturalne pacjentów zaspakaja m. innymi sala kinowa w oddzielnym baraku, a życie pracownicze płynie na terenie świetlicy, mającej również odpowiednie pomieszczenie. Dotychczasowe wyniki kuracji sanatoryjnych, obserwowane na przestrzeni półtora roku, oceniane są bardzo dodatnio, a higiena urządzeń, pomieszczeń i wartościowe odżywianie, przy troskliwości opieki lekarskiej, zyskały zakładowi wielką popularność.

Towarzystwo Domów i Prewentoriów Dziecięcych założone w Krakowie, posiada oddziały we Wrocławiu, w Katowicach, a przed kilku miesiącami otworzyło oddział w Warszawie. Przewodniczącym Zarządu Głównego z siedzibą w Krakowie (ul. Piłsudskiego 13) jest Prof. Dr. Stefan Szuman, Zarządu Oddziału Wrocławskiego — Dr. Maria Wierzbowska, Zarządu Oddziału Katowickiego — ob. Edward Hermach, Zarządu Oddziału Warszawskiego — ob. Jan Starczewski. Towarzystwo prowadzi

obecnie 1 sanatorium i 5 domów prewentoryjnych: w Jaworzu na Śląsku Cieszyńskim — sanatorium na 160 łóżek w tym 70 dla dzieci w wieku 2 — 6 lat i 90 dla dzieci 7 — 18 lat z prowadzonymi w ramach zakładu szkołą powszechną, gimnazjum i liceum; w Żyrowej na Śląsku Opolskim dla 150 dzieci w wieku 7 — 14 lat; w Opolu dla 50 dziewcząt w wieku 12 — 18 lat; na Buczu (Śląsk Cieszyński) dla 100 dzieci w wieku 2 — 6 lat; w Nierodzimiu (Śląsk Cieszyński) dla 70 dzieci w wieku 7 — 14 lat; w Toszku (powiat Gliwice) dla 50 chłopców w wieku 7 — 16 lat. Oddział Warszawski (adres tymczasowy Bagatela 10 Wydział Medycyny Społecznej, Sekcja Walki z Gruźlicą) organizuje obecnie prewentorium w Świdrze na 50 miejsc dla dzieci od 2 do 6 lat i prewentorium w Dziekanowie dla dzieci od 7 — 14 lat. Prewentorium to mieścić się będzie w przyznanym na ten cel kompleksie gmachów, budowanych przed wojną dla Wojskowego Instytutu Gazowego na skraju puszczy Kampinoskiej, w odległości 12 km. od Warszawy szosą modlińską i 1 km. drogą boczną. W pierwszym okresie rozwojowym zakładu, który będzie mógł pomieścić do 800 dzieci, szkołę i wszelkie pomieszczenia wychowawcze i leczniczo-kuracyjne, przewiduje się doprowadzenie jednego budynku do stanu używalności zimowej i uruchomienie w nim 100 miejsc. Współpraca przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Oświaty oraz Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w ramach Zarządu Oddziału z czynnikami społecznymi, upraszcza wiele momentów organizacyjnych. W sezonie letnim Towarzystwo prowadziło akcję prewentoryjno-kolonijną, z której korzystało w turnusach 2 — 3 miesięcznych 840 dzieci. Akcję tę Towarzystwo przeznaczyło częściowo dla dzieci Warszawy: korzystało z niej około 400 dzieci, wysłanych przez Sekcję do Walki z Gruźlicą na koszt opieki społecznej.

Warszawskie miejskie poradnie przeciwgruźlicze przy Ośrodkach Zdrowia miały w dn. 30.VI.1947 r. pod opieką 12279 chorych w tym 1950 chorych zakaźnych (prątkujących). Liczba chorych dzieci wynosiła w tym dniu 4178. W ciągu pierwszego półrocza 1947 chorym tym udzielono 27.356 porad lekarskich, wykonano 13.270 zabiegów leczniczych oraz 15.859 badań pomocniczych w czym 8482 prześwietleń rentgenowskich. W tym czasie w Warszawie zmarło na gruźlicę 579 osób. Sekcja do Walki z Gruźlicą umieściła w zakładach leczniczych ogółem 2220 osób.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO PRZECIWGRUŹLICZE

Warszawa Belgijska 3

1947 październik 1947

DNI PRZECIWGRUŹLICZE

WZYWAMY WSZYSTKICH OBYWATELI DO WALKI Z GRUŹLICĄ

w Polsce rocznie ginie z gruźlicy około 70.000 ludzi
choruje „ 700.000 „

przedwczesna śmierć
zmniejszona wydajność pracy i inwalidztwo chorych
nędza spowodowana kosztami leczenia i pielęgnacji, często przy jednoczesnej niemożności zarobkowania
sieroctwo
łatwość i szybkość szerzenia się gruźlicy w otoczeniu chorego
to straty gospodarcze, narodowe, społeczne, moralne o rozmiarach

WIELKIEJ KLĘSKI SPOŁECZNEJ

dla potrzeb samoobrony przed gruźlicą pamiętaj —

gruźlica — to choroba zakaźna
wystrzegaj się gruźlicy tak samo, jak każdej choroby zakaźnej
gruźlica grozi każdemu — każdy styka się z zarazkiem, prawie każdy wcześniej czy później ulega zakażeniu, nie każdy choruje na gruźlicę

gruźlicy można zapobiec —

przez szczepienia ochronne
praktyczne zastosowanie zasad higieny
wystrzeganie się zakażenia
świadome celowe zwalczanie gruźlicy w oparciu o wiedzę

gruźlica wcześnie rozpoznana i leczona jest uleczalna.

Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze i Liga Szkolna Przeciwgruźlicza szerzą wiedzę o gruźlicy, prowadzą placówki do walki z gruźlicą, organizują opiekę nad chorymi w szpitalach i sanatoriach

KUP NALEPKĘ NA WALKĘ Z GRUŹLICĄ

LIGA SZKOLNA PRZECIWGRUŹLICZA

Warszawa Żoliborz ul. Pogonowskiego 3